

**REPÚBLICA DE
Ministério**



**CABO VERDE
da Saúde**



REFORMAR PARA UMA MELHOR SAÚDE

VOLUME II

[DRAFT 01]

PRAIA, 2008

Prefácio

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Cabo Verde (2008-2011) é adoptado como um instrumento de adequação do Serviço Nacional de Saúde/SNS ao desenvolvimento económico e social, em curso e às novas tecnologias para assegurar e melhorar a disponibilidade de cuidados para todos e a qualidade dos ganhos conseguidos até aqui.

A sua elaboração é feita num contexto de estabilidade política que cria uma base sólida para o progresso de Cabo Verde, caracterizada pela consolidação da democracia e pela afirmação crescente do papel da sociedade civil.

A visão definida na Política Nacional de Saúde/PNS 2020 é a da saúde como um factor do desenvolvimento global, de justiça social e de luta contra a pobreza, baseada nos princípios de solidariedade com partilha das responsabilidades, de equidade no acesso e na utilização dos serviços e de ética na defesa da dignidade humana.

Sendo este o primeiro PNDS neste processo de reforma, que tem outro marco na PNS, a responsabilidade é enorme para lançar as bases sólidas da reforma efectiva do sector saúde.

Os desafios são muitos e importantes neste quadriénio de execução do PNDS. Internamente, o SNS deverá reorganizar-se e desenvolver uma atenção primária, a nível municipal, implantar a atenção secundária nas regiões sanitárias e desenvolver cuidados de atenção terciária com a implantação e desenvolvimento de serviços que possam melhorar a qualidade e a quantidade do atendimento de situações complexas de saúde, muitas das quais são objecto de evacuações médicas para o exterior.

Um esforço de organização e de procura de resultados, mas também financeiro, será exigido à Nação para criar as bases dum desenvolvimento sanitário sustentável, nomeadamente para a adaptação do quadro institucional de saúde, para adequação do financiamento do sector, para a dinamização da política de formação de quadros, para o estabelecimento duma relação com o sector privado da saúde e para a informação dos indivíduos e das comunidades.

A sociedade cabo-verdiana, os cidadãos e os sectores sociais e políticos, em particular, são chamados a reforçar o seu envolvimento na promoção de novos hábitos e estilos de vida e na alteração dos determinantes sociais e económicos, contra as doenças associadas à pobreza, à exclusão e à ignorância.

Esta é uma exigência do desenvolvimento sanitário e social de Cabo Verde na senda do progresso.

Dr. Basílio Mosso Ramos
Ministro de Estado e da Saúde

Índice

PREFÁCIO	2
RESUMO	6
INTRODUÇÃO	7
PROGRAMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	8
SUBPROGRAMA 1: PREVENÇÃO E LUTA CONTRA AS DOENÇAS PRIORITÁRIAS	11
1. <i>Componente 1: Prevenção e controlo das Infecções sexualmente transmissíveis [IST] incluindo a Infecção pelo VIH/SIDA</i>	16
2. <i>Componente 2: Reforço da luta contra a Tuberculose</i>	21
3. <i>Componente 3: Reforço da luta para a erradicação da Poliomielite</i>	25
4. <i>Componente 4: Prevenção, controlo e eliminação do Paludismo em C. Verde</i>	29
5. <i>Componente 5: - Luta para a eliminação da Lepra em Cabo Verde</i>	34
6. <i>Componente 6: Garantir as Condições de Segurança de Doação de Sangue, Tecidos e Órgãos</i>	37
7. <i>Componente 7: Prevenção e Tratamento das Doenças Cardiovasculares [DCV]</i>	40
8. <i>Componente 8: Prevenção e Tratamento da Insuficiência Renal Crónica [IRC]</i>	44
9. <i>Componente 9: Prevenção e Tratamento da Diabetes mellitus</i>	48
10. <i>Componente 10: Prevenção e Tratamento das Doenças da Nutrição</i>	52
11. <i>Componente 11: Prevenção, Diagnóstico precoce e Tratamento dos tumores malignos</i>	56
12. <i>Componente 12: Reforço das medidas de Prevenção e Tratamento dos Traumatismos</i>	60
13. <i>Componente 13: Prevenção e Tratamento das Perturbações da Saúde Mental</i>	64
14. <i>Componente 14: Participação na Luta contra o Alcoolismo</i>	68
15. <i>Componente 15: Participação na Luta contra o Tabagismo</i>	73
16. <i>Componente 16: Prevenção e Tratamento das Doenças Alérgicas</i>	77
17. <i>Componente 17: Luta contra a Cegueira</i>	81
SUBPROGRAMA 1.2. : ATENÇÃO ESPECÍFICA PARA GRUPOS ETÁRIOS DA POPULAÇÃO	- 90 -
18. <i>Componente 1: Prestação de Cuidados de Saúde para a sobrevivência da criança</i>	- 93 -
19. <i>Componente 2: Prestação de cuidados específicos de saúde aos adolescentes</i>	- 97 -
20. <i>Componente 4: Desenvolver cuidados de saúde preventivos e de rastreio a adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 59 anos.</i>	Erro! Indicador não definido.
21. <i>Componente 5: Prestar cuidados específicos a adultos maiores de 60 anos</i>	Erro! Indicador não definido.
SUBPROGRAMA 1.3. : OPERACIONALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM CADA UM DOS NÍVEIS DA PIRÂMIDE SANITÁRIA	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
22. <i>Componente 1: Prestação da atenção primária, de base municipal</i>	- 112 -
23. <i>Componente 2: Operacionalização da atenção secundária na Região sanitária</i>	- 117 -
24. <i>Componente 3: Operacionalização da atenção terciária a nível nacional</i>	- 122 -
SUBPROGRAMA 1.4: PROMOÇÃO DE HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS	127
25. <i>Componente 1: Fazer com que a Promoção da Saúde seja uma componente importante do desenvolvimento nacional, regional e local.</i>	Erro! Indicador não definido.
26. <i>Componente 2: Reorganização do CNDS para a sua adequação à reforma do sector.</i>	Erro! Indicador não definido.
27. <i>Componente 3: Estabelecimento de Parcerias com os Sectores público e privado sobre a Promoção da Saúde</i>	Erro! Indicador não definido.
SUBPROGRAMA 1.5: .INTERVENÇÕES SOBRE OS DETERMINANTES DE SAÚDE	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.

28. Componente 1: - Intervenção intersectorial sobre os factores do meio ambiente com repercussão sobre o estado de saúde dos cabo-verdianos	Erro! Indicador não definido.
29. Componente 2: - Reforço das Parcerias a favor da Saúde.....	Erro! Indicador não definido.
PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE	142
30. Componente 1 – Desenvolver e implementar programas de formação de base, especializada e de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.....	Erro! Indicador não definido.
31. Componente 2 – Recrutar e distribuir os profissionais de saúde, de modo a preencher ou garantir equipas-tipo (mínimas e funcionais) em cada estrutura por nível de atenção	147
32. Componente 3. – Reforço da gestão dos Recursos Humanos de Saúde.....	151
VII.3. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA REDE DE ESTRUTURAS SANITÁRIAS	157
VII.4. PROGRAMA SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SECTOR DE SAÚDE.....	158
33. Componente 1 – Aumento da capacidade de arrecadação das contribuições, cobranças e de mobilização de recursos para o sector da saúde.....	Erro! Indicador não definido.
34. Componente 2 – Reforçar as estruturas da administração financeira e contabilística..	Erro! Indicador não definido.
35. Componente 3 – Contribuir para o desenvolvimento dos sistemas de protecção social, de seguro de saúde e iniciativas comunitárias de financiamento (mutualidades de saúde)	Erro! Indicador não definido.
36. VII.5.	PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SECTOR FARMACÊUTICO
.....	- 184 -
37. COMPONENTE 1: Completar e actualizar o quadro jurídico para o Sector Farmacêutico de Cabo Verde	- 185 -
38. COMPONENTE 2: - Assegurar o aprovisionamento regular de medicamentos e produtos farmacêuticos seguros, eficazes e a preços acessíveis à maioria da população	- 189 -
39. COMPONENTE 3: - Desenvolver e incentivar a função reguladora da actividade farmacêutica do Ministério da Saúde.....	- 193 -
40. COMPONENTE 4: - Dispor de recursos humanos qualificados e suficientes para assegurar o funcionamento do sector.....	- 198 -
41. VII.6.	PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA E DA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
.....	201
42. Componente 1: Revisão do funcionamento do Sistema de Informação Sanitária para apoio à tomada de decisões estratégicas, à gestão e ao planeamento	Erro! Indicador não definido.
43. Componente 2: Melhoria da vigilância integrada das doenças e preparação da ..	Erro! Indicador não definido.
44. Componente 3: Desenvolvimento da investigação em saúde com reflexo na melhoria do desempenho do SNS.....	Erro! Indicador não definido.
VII.7. PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO QUADRO INSTITUCIONAL.....	215
45. Componente 1: Melhoria do quadro organizacional do Ministério da Saúde aumentando as capacidades de administração e gestão dos serviços de saúde	Erro! Indicador não definido.
46. Componente 2: Adequação do quadro legal com desenvolvimento da função reguladora e de controlo do MS.....	220

SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDI	Atenção Integral às Doenças da Infância
AISM	Atenção Integral à Saúde da Mulher
CS	Centro de Saúde
CNDS	Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário
CPS	Cuidados Primários de Saúde
DGF	Direcção Geral de Farmácia
DGRHA	Direcção Geral Recursos Humanos e Administração
DGS	Direcção Geral da Saúde
DOTS [*].....	Tratamento da Tuberculose sob Observação Directa
GEPC	Gabinete de Estudos Planeamento e Cooperação
HAN	Hospital Agostinho Neto
HBS	Hospital Baptista de Sousa
HC	Hospital Central
HR	Hospital Regional
INE	Instituto Nacional de Estatísticas
IST	Infecções transmitidas por via sexual
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LNМ	Lista Nacional de Medicamentos
MES	Ministro de Estado e da Saúde
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
PET	Positron Emission Tomography
PFA	Paralisia Flácida Aguda
PIB	Produto Interno Bruto
PMI/PF	Protecção Materno-infantil/Planeamento familiar
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNS	Política Nacional de Saúde
PS	Posto Sanitário
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Severa
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço/Sistema Nacional de Saúde
SR	Programa de Saúde Reprodutiva
TBM	Taxa Bruta de Mortalidade
TBN	Taxa Bruta de Natalidade
TAC	Tomografia Axial Computorizada
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USB	Unidade Sanitária de Base
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/SIDA

[*] – Directly Observed Treatment, Short Course

Resumo

O PNDS 2008-2011 integra-se no esforço de reforma da saúde em Cabo Verde e apresenta-se como um documento estratégico-operacional para materializar as orientações estratégicas fixadas na Política Nacional de Saúde, aprovada em 2006. Ele é composto por duas partes complementares, os volumes I e II.

O primeiro volume é mais conceptual, estratégico para enquadrar o PNDS no contexto do país, nas necessidades de saúde da população, nos problemas do SNS e na interligação com os factores determinantes do estado saúde, por um lado e, por outro para realçar as orientações políticas e estratégicas – a visão, os objectivos e as estratégias globais – que guiarão a sua implementação nesse período de 4 anos.

O volume II do PNDS 2008-2011 é de carácter mais operacional e apresenta os detalhes da planificação de cada programa, estruturando-os em componentes e estas em actividades, para uma maior cobertura das necessidades em serviços de saúde.

Cada capítulo apresenta um programa detalhado. As componentes correspondem, normalmente a um agrupamento de problemas afins que tratados em conjunto permitem resolvê-los de forma eficaz. Elas são descritas para realçar a situação actual, estabelecer as estratégias operacionais, fixar as metas a atingir, definir as actividades necessárias para alcançar os resultados e designar os responsáveis no sistema por essa realização. Mecanismos específicos à componente são visualizados para basear o seguimento e a avaliação da implementação. São, ainda, realçados alguns factores que podem influenciar favorável ou desfavoravelmente a sustentabilidade da componente de forma utilizá-los para ou evitar o comprometimento da execução do PNDS. Por fim apresenta-se um quadro de execução com os detalhes de planificação financeira, do cronograma e dos responsáveis pela execução das actividades.

O esquema adoptado para estruturação do segundo volume baseia-se fundamentalmente na decomposição de cada componente em metas e actividades para alcançar os resultados fixados, em função das estratégias operacionais específicas definidas. Uma série de indicadores foram identificados para o seguimento e avaliação da realização de cada componente, seguindo o seguinte esquema:

Situação actual;

Estratégias operacionais

Metas;

Intervenções /actividades;

Resultados esperados;

Organismos e Instituições responsáveis pela execução;

Indicadores de avaliação;

Mecanismos de seguimento e avaliação;

Sustentabilidade;

Condicionantes ambientais;

Quadro de execução (custos, fontes de financiamento, cronograma, responsável por cada actividade)

Introdução

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário/PNDS 2008-2011 é um instrumento essencial para a implementação da Política Nacional de Saúde transformando esta em acções e intervenções concretas a serem executadas em períodos sucessivos durante a sua vigência. Pretende-se que se constitua num instrumento integrador, para estabelecer uma inter-relação entre as necessidades, as intervenções e os recursos disponíveis ou mobilizáveis, multiplicando as oportunidades e racionalizando os recursos, na procura dum desenvolvimento harmonioso dos diversos componentes dos serviços de saúde, incluindo o sector privado.

O PNDS surge, assim, no processo de reforma do sector saúde de Cabo Verde como um instrumento de programação, execução e seguimento, para a materialização dos grandes objectivos preconizados, nomeadamente através da:

- Promoção de maior equidade nas oportunidades e nas prestações descentralizadas de cuidados de saúde, pelo reforço do conteúdo funcional das instituições de saúde;
- Garantia da qualidade técnica crescente dos cuidados;
- Melhoria do acesso aos serviços, da humanização no atendimento e da satisfação do utente;
- Melhoria do desempenho do serviço nacional e da gestão dos recursos de saúde, com reforço da descentralização em direcção às delegacias de saúde e às regiões sanitárias e maior diferenciação do nível central de prestação e de gestão.

A obtenção desses objectivos exige acções concertadas e encadeadas, onde é indispensável o concurso dos vários sectores do Estado Cabo-verdiano, dos parceiros e da população para a concretização das iniciativas essenciais. Pretende-se que o PNDS venha a desempenhar um papel de charneira, servindo, por um lado, para a coordenação das actividades de terreno, de prestação de cuidados e, por outro, para promoção do desenvolvimento harmonioso dos recursos e serviços, nomeadamente o aperfeiçoamento do financiamento de saúde, através da mobilização e afectação acrescida de recursos financeiros – variando as opções e fontes financeiras internas e externas –; pela eliminação de desperdícios e pela melhoria da eficiência distributiva na aplicação dos recursos financeiros.

O PNDS terá que, necessariamente, incluir a materialização de políticas sectoriais - de recursos humanos, enquanto elemento essencial para o desenvolvimento do sector saúde; do medicamento, prestação complementar essencial e do sistema de informação sanitária que contenha os instrumentos e os mecanismos necessários ao seguimento e avaliação do desempenho do sistema e do próprio PNDS. É assim que ele comporta duas partes:

A primeira parte do PNDS – conceptual, reunida no **VOLUME I** – contém o enquadramento, os fundamentos políticos e estratégicos - a definição da visão, dos objectivos, das estratégias gerais do PNDS - e a declinação dos programas pilares, para dar uma visão dos objectivos e estratégias que conformam cada um, bem como os custos previstos, os fundos mobilizados fontes de financiamento e o remanescente a mobilizar. Este volume dá particular destaque aos órgãos e mecanismos de execução, seguimento e avaliação, garantes da sua efectiva materialização das actividades para a execução do PNDS.

A segunda parte, apresentada no **VOLUME II**, trata dos aspectos da operacionalização do PNDS. Apresenta um esforço de planificação detalhada com a decomposição de cada um dos seus sete programas em componentes, metas e actividades e, para estas, a estimativa dos custos, a identificação das fontes de financiamento, os montantes não mobilizados e a previsão do cronograma e dos níveis de responsabilidade para a sua realização.

Um órgão de gestão, de coordenação e de avaliação será colocado a um nível estratégico elevado do Ministério da Saúde para, em estreita colaboração com os parceiros do desenvolvimento sanitário de Cabo Verde, monitorizar a execução do PNDS.

VII.1 PROGRAMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

O Programa de Prestação de cuidados de saúde compreende os três subprogramas e respectivos componentes a seguir listados:

VII.1.1 Prevenção e luta contra as doenças prioritárias

Componentes:

1. Prevenção e controlo das Infecções sexualmente transmissíveis [IST] incluindo a Infecção pelo VIH/SIDA
2. Reforço da luta contra a Tuberculose
3. Reforço da luta para a erradicação da Poliomielite
4. Prevenção, controlo e eliminação do Paludismo em C. Verde
5. Luta para a eliminação da Lepra em Cabo Verde
6. Garantir as Condições de Segurança de Doação de Sangue, Tecidos e Órgãos
7. Prevenção e Tratamento das Doenças Cardiovasculares [DCV]
8. Prevenção e Tratamento da Insuficiência Renal Crónica [IRC]
9. Prevenção e Tratamento da Diabetes mellitus
10. Prevenção e Tratamento das Doenças da Nutrição
11. Prevenção, Diagnóstico precoce e Tratamento dos tumores malignos
12. Reforço das medidas de Prevenção e Tratamento dos Traumatismos
13. Prevenção e Tratamento das Perturbações da Saúde Mental
14. Participação na Luta contra o Alcoolismo
15. Participação na Luta contra o Tabagismo
16. Prevenção e Tratamento das Doenças Alérgicas
17. Luta contra a Cegueira
18. *Organização da abordagem Preventiva de diagnóstico precoce e tratamento dos Problemas Bucodentários*

VII.1.2 Atenção específica a grupos etários da população

Componentes:

1. Prestação de Cuidados de Saúde para a sobrevivência da criança
2. Prestação de cuidados específicos de saúde aos adolescentes
3. Prestação de cuidados de saúde reprodutiva às populações em idade fértil e no processo de procriação;
4. Prestação de cuidados específicos a adultos maiores de 60 anos

VII.1.3 Operacionalização da prestação de cuidados em cada um dos níveis da pirâmide sanitária

Componentes:

1. Prestação da atenção primária, de base municipal

2. Operacionalização da atenção secundária na Região sanitária
3. Operacionalização da atenção terciária a nível nacional
4. Parceria público-privada

PNDS 2008-11: Custos e fontes de financiamento

PROGRAMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

[illegible]

VII.1.1 Subprograma 1: Prevenção e Luta contra as doenças prioritárias

Cabo Verde entrou numa fase de transição epidemiológica em que as doenças não transmissíveis tendem a superar, em frequência e gravidade, as doenças infecto-contagiosas, representando novos desafios para o SNS em termos de necessidade de cuidados de saúde.

Este subprograma justifica-se pela necessidade de reunir numa abordagem concertada, as actividades de luta dirigidas às situações consideradas prioritárias, seja pelo impacto sobre a saúde dos cabo-verdianos, seja por exigirem medidas específicas, seja ainda porque há condições reunidas para as controlar ou mesmo eliminar algumas delas.

De entre estas doenças destacam-se **as transmissíveis**, sobretudo as que são objecto de intervenção de programas nacionais mas cujas actividades devem ser melhor integradas no funcionamento geral das estruturas de saúde.

A **infecção pelo VIH/SIDA**, considerada “*uma epidemia generalizada mas de fraca prevalência*”, estimada em 0,8% [1] e as demais infecções sexualmente transmissíveis, com uma incidência tendencialmente elevada, constituem problemas de saúde pública no país, que exigem dos serviços de saúde intervenções específicas.

A **tuberculose**, com taxas de incidência à volta dos 60 por cem mil habitantes, requer nomeadamente o reforço da descentralização das intervenções para as estruturas de saúde e o envolvimento das comunidades nas actividades de luta a serem desenvolvidas.

A **poliomielite**, apesar do último surto ter sido registado no ano 2000, merece acções particulares para que o país possa participar no esforço de erradicação mundial dessa doença mortal e incapacitante das nossas populações.

O **Sarampo**, cuja última epidemia ocorreu em 1997, necessita ver reforçadas as medidas para o controlo acelerado da doença tendo em vista a sua eliminação e que consistem essencialmente na vigilância activa, na realização de campanhas de vacinação de 4 em 4 anos e numa cobertura vacinal de rotina superior a 90%.

O **Tétano neo-natal** considera-se eliminado em Cabo Verde (menos de 1 caso por mil nascimentos em cada distrito) mas a vigilância terá que ser mantida assim como uma boa cobertura das grávidas com a vacina antitetânica

O **paludismo**, embora de baixa endemicidade, deverá ser objecto medidas rigorosas de prevenção e controlo, tendo em conta as possibilidades de recrudescência resultantes do fluxo migratório entre Cabo Verde e áreas hiper endémicas da Sub-região da África ocidental, e dos projectos de construção de barragens no país. Como previsto na PNS deve envidar-se os esforços necessários para eliminar ou mesmo erradicar o paludismo em Cabo Verde.

Para a **lepra** já foi alcançada a situação de eliminação pelo que devem ser reforçadas as medidas que consolidem a conjugação das acções de prevenção, tratamento e integração social dos doentes.

Outras doenças transmissíveis com **potencial epidémico** (cólera; disenteria bacteriana, meningites, síndrome respiratória aguda severa, gripe pandémica) e outras esquecidas como helmintíases intestinais; schistosomíases; amibiases; filaríase linfática ou elefantíase precisam ser objecto de intervenções planificadas de prevenção e resposta específicas, para se diminuir o risco de eventuais surtos.

As **doenças não transmissíveis**, em progressão rápida, tendem a atingir um peso significativo sobre saúde dos cabo-verdianos e a exigir soluções programadas do SNS, nomeadamente de internamento e de cuidados especializados. Para numerosas destas situações que dão lugar a problemas de saúde pública, os factores de risco são idênticos: o tabagismo, a obesidade, os maus hábitos alimentares, o consumo excessivo do álcool; a falta de exercício físico e a poluição, os quais devem merecer particular atenção e beneficiar de intervenções de promoção da saúde e de prevenção adequadas.

A **diabetes mellitus** é, actualmente um dos maiores problemas de saúde no país, responsável por muitas complicações incapacitantes ou mortais. A intervenção fundamenta-se na prevenção incluindo mudança do estilo de vida e organização das comunidades, no diagnóstico precoce e no tratamento regular dos doentes para evitar complicações.

As **doenças cardiovasculares** [DCV], compreendendo a hipertensão arterial, cardiopatias reumáticas e isquémicas e os acidentes vasculares cerebrais, estão actualmente entre as principais causas de morte no nosso país, o que obriga a que se tenha uma especial atenção à sua efectiva prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação.

A **insuficiência renal crónica** [ICR] apresenta uma prevalência que tende a aumentar em Cabo Verde, constituindo a terceira causa de evacuação médica. Por isso, o PNDS deverá prever um conjunto de medidas que permitam prevenir e tratar as causas e factores desencadeantes, mas também, disponibilizar o tratamento da fase final que consiste na hemodiálise ou transplante renal.

As **doenças da nutrição**, por carência e por excesso, constituem uma preocupação de saúde pública, em Cabo Verde devido, designadamente, à vulnerabilidade e dependência alimentar do exterior por um lado, e à persistência de maus hábitos alimentares e estilos de vida.

Os **tumores malignos** particularmente os do tubo digestivo e do foro genital (mama, colo do útero e próstata) são a segunda causa de óbito em Cabo Verde, estando igualmente, entre as principais causas de evacuação para o exterior, pelo que o PNDS deverá prever medidas que tornem efectivas as actividades de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, começando para situações mencionadas, mais habituais.

Os **traumatismos**, particularmente os devidos aos acidentes de viação, e de trabalho representam uma séria preocupação pelo seu número elevado, ocupando o terceiro lugar entre as causas gerais de óbito e como causa de invalidez. Os acidentes domésticos, frequentes em crianças merecem também intervenções direccionadas. Para além de participar na implementação das medidas de prevenção dos traumatismos, o SNS terá que equacionar as respostas de tratamento e reabilitação.

Os **distúrbios mentais** que constituem um problema, que atinge já uma parte importante da população representam um desafio à capacidade de prestação de cuidados integrados de saúde em todos os níveis da pirâmide sanitária e de resposta à demanda

O **alcoolismo**, para além de doença em si, constitui um factor de risco para várias doenças crónicas e representa um drama para a sociedade cabo-verdiana pelas consequências de mortes e incapacidades por acidentes de trânsito, agressões, violência doméstica, absentismo ou incapacidade para o trabalho, entre outros. Além de participar na implementação das medidas de prevenção do alcoolismo, o SNS terá que equacionar as respostas de tratamento e reabilitação das pessoas afectadas.

O **tabagismo** constitui outro factor de risco importante para muitas doenças crónicas com destaque para as doenças cardiovasculares, pulmonares e tumores. No entanto, é actualmente a primeira causa evitável de óbitos no mundo. Porque a contribuição maior será na prevenção do consumo do tabaco, sobretudo entre os jovens, dever-se-á reforçar a capacidade de resposta nessa área.

A incidência das **doenças alérgicas** tende a aumentar bem como a sua importância enquanto causa de morbilidade e dos custos sociais da doença. O PNDS deverá prever recursos e intervenções para garantir a prevenção, diagnóstico e terapêutica dessas situações.

A **cegueira** e a incapacidade resultante, perante os dados de prevalência de invisuais e de pessoas em risco no país, que as apontam como um problema de saúde pública, justificam a adopção de medidas para uma intervenção planificada em termos de prevenção e tratamento precoce dessas situações numa forma integrada nas estruturas de saúde.

A **saúde buco-dentária** [2], revela-se como um problema importante de saúde pública quer porque a cáries dentária é disseminada, sobretudo entre as crianças em idade escolar, quer pela elevada *“prevalência das periodontopatias, afectando quase todos os grupos etários e camadas sociais”* sem contar, obviamente, com manifestações orais de doenças sistémicas e traumatismos maxilo-faciais.

Objectivo geral

1. Reduzir o peso relativo de cada uma das doenças prioritárias no quadro nosológico de Cabo Verde, com consequente redução da morbilidade, incapacidade e mortalidade gerais e específicas;

Objectivos específicos

O SNS terá que dedicar, durante a vigência do PNDS, uma atenção específica a cada uma das situações que mais contribuem para o quadro epidemiológico de Cabo Verde para, nomeadamente:

1. Aumentar as medidas de prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis [IST], incluindo a infecção pelo VIH/SIDA
2. Melhorar as intervenções de prevenção e controlo da Tuberculose
3. Prevenir a poliomielite e participar na sua erradicação mundial
4. Reforçar as medidas de prevenção e controlo do Paludismo visando a sua eliminação;
5. Reforçar as medidas de controlo da Lepra, visando a sua eliminação até 2011;
6. Garantir as condições de segurança das transfusões de sangue no país
7. Reorganizar as medidas de prevenção e a abordagem terapêutica das doenças cardiovasculares, compreendendo a hipertensão arterial, as cardiopatias reumáticas e isquémicas e os acidentes vasculares cerebrais
8. Prevenir e tratar a insuficiência renal crónica
9. Organizar a abordagem preventiva e de tratamento da diabetes mellitus
10. Melhorar a prevenção das doenças da nutrição e o seu tratamento
11. Organizar a prevenção o diagnóstico precoce e o tratamento os tumores malignos, nomeadamente digestivos e do foro genital [da mama, do colo do útero e da próstata];
12. Criar as condições para tratar os traumatismos e participar no reforço das medidas de prevenção;
13. Reforçar e integrar as medidas de prevenção e tratamento das perturbações da saúde mental nos vários escalões da pirâmide sanitária;
14. Participar na luta contra o alcoolismo;
15. Participar na luta contra o tabagismo;
16. Prevenir e tratar as doenças alérgicas;

17. Organizar a abordagem preventiva, de diagnóstico precoce e de tratamento da cegueira curável.
18. Organizar a abordagem preventiva, de diagnóstico precoce e de tratamento dos problemas de saúde buco-dentária

Estratégias

As estratégias para se alcançar os objectivos fixados de prevenção e tratamento das doenças prioritárias fundamentam-se no percurso previsível de um paciente para a resolução do seu problema de saúde e na capacidade de resolução do SNS, e visam, designadamente:

1. Integração das actividades primárias referentes a cada situação nos planos de acção das Delegacias de Saúde, e criação progressiva de condições locais, para o pleno cumprimento das funções acometidas a cada tipo de estrutura;
2. Organização e prestação da atenção secundária preventiva e terapêutica específica a cada situação nas estruturas regionais [HR e outras];
3. Desenvolvimento de respostas terciárias mais complexas, no País (baseadas nos Hospitais Centrais e pólos de referência) ou no exterior (evacuações médicas);
4. Criação de maiores capacidades para a comunicação de proximidade pelos pares educadores e reforço das campanhas de sensibilização e promoção de hábitos de vida saudáveis dirigidas especificamente aos diferentes grupos etários e a mudanças das condições ambientais.

Sustentabilidade do Programa

Factores favorecedores:

1. Vontade política nos níveis pertinentes de decisão, e consequente atribuição de recursos;
2. Nível de desenvolvimento alcançado pelos serviços de saúde com melhores condições de trabalho para garantir a qualidade e a eficácia na prestação de cuidados;
3. Existência de normas e procedimentos já estabelecidos e disponíveis nos estabelecimentos de saúde;
4. Disponibilidade de quadros capacitados e motivados para um melhor desempenho das respectivas funções;
5. Existência de mecanismos de Supervisão.

Factores de risco

1. Ainda insuficiente número do pessoal de saúde e pouca diferenciação para responder a todos os desafios;
2. Ausência ainda dum pacote completo de normas, regras e procedimentos para regulamentar o desempenho dos serviços de saúde;
3. Condições naturais, climáticas e ambientais e hábitos culturais que favorecem o aparecimento ou a manutenção de doenças;
4. Fracos recursos financeiros atribuídos ou passíveis de serem atribuídos ao sector para aquisição dos recursos necessários;
5. Pouco rigor na aplicação das medidas de sanção
6. Fraca regularidade e abrangência da supervisão técnica

Quadro Lógico de execução do Subprograma Luta contras as doenças prioritárias, por componentes

Custos; fontes de financiamento e cronograma

Componente 1: Prevenção e controlo das Infecções sexualmente transmissíveis [IST] incluindo a Infecção pelo VIH/SIDA

Situação actual

As IST constituem um importante problema de saúde da população cabo-verdiana. O VIH/SIDA tem sido considerado, em Cabo Verde, como “uma epidemia generalizada, de fraca prevalência”, à volta dos 0,8% em 2005 [IDSRI]. Dos 1940 casos registados até Dezembro 2006, 1002 [51,6%] evoluíram para o estágio de doença, resultando em mais de 50% de óbitos. A transmissão do VIH é predominantemente heterossexual [mais de 80%], com uma repartição entre os sexos de 1,1% no sexo masculino e 0,4% no sexo feminino. É nas Ilhas de Santiago e São Vicente que se encontra o maior número de doentes.

Relativamente aos grupos de população que têm comportamentos de alto risco, nomeadamente os toxicod dependentes, os profissionais do sexo, etc. não se dispõe ainda de dados fiáveis sobre a seroprevalência. A prevalência estimada nos usuários de drogas é de aproximadamente 6,7%.

De 1993 a 2003, constata-se uma elevação da incidência das IST, sobretudo das uretrites e vaginites, estimadas em 86,1 casos para 10.000 habitantes em 2000 e 42,9 para 10.000 em 2003. A incidência da sífilis varia entre 7,6 para 10.000 habitantes em 2000 e 4,6 para 10.000 em 2003. [3]. Os dados dos postos sentinelas em relação à Sífilis mostram uma taxa de 1,7 % em 2003 e 2004 [ver dados mais recentes].

O País adoptou o Plano Estratégico Multisectorial de luta contra a SIDA 2006-2010 cabendo ao Ministério da Saúde nomeadamente a responsabilidade do diagnóstico, do tratamento anti-retroviral [ARV], da prevenção da transmissão vertical, da segurança transfusional e da vigilância epidemiológica. Foi igualmente adoptada a abordagem sindrómica para o diagnóstico e tratamento das IST.

Entre os outros aspectos da luta contra as IST incluindo o VIH/SIDA contam-se:

1. A prevenção através de campanhas de sensibilização da população e de grupos específicos;
2. O apoio psicossocial aos infectados e seus familiares, com destaque para os órfãos;
3. A luta contra a estigmatização e a discriminação;
4. As parcerias [4] a nível internacional, e com sectores governamentais relacionados com a saúde e com organismos da sociedade civil a nível interno;
5. As leis sobre direitos e deveres dos seropositivos e doentes de SIDA, em elaboração.

A oferta de testes às grávidas que fizeram a primeira consulta pré-natal numa estrutura de saúde aumentou significativamente tendo passado de 13% em 2005 para 47% em 2006 verificando-se um aumento da adesão e uma maior conscientização das mulheres face ao problema da infecção VIH.

Entre Dezembro de 2004 e Dezembro de 2006 foram registadas 503 pessoas infectadas com VIH (355 VIH1, 125 VIH2 e 23 com os dois vírus) nos dois pólos de Barlavento e Sotavento, dos quais 242 submetidos a tratamento. O tratamento anti-retroviral é instituído nos já mencionados pólos regionais, havendo pacientes seguidos em Delegacias de Saúde das suas respectivas zonas de residência sob coordenação daqueles pólos.

Deve prever-se, no quadro da implementação do PNDS, os meios necessários para alargar as possibilidades de atendimento dos portadores de IST/VIH/SIDA, melhorar o conhecimento

[3] – Relatório de vigilância epidemiológica 2003, Serviço de Epidemiologia/Programa de Luta contra a SIDA – Ministério da Saúde, Janeiro de 2005

[4] – OMS, UNICEF, UNFPA e Banco Mundial, Brasil [Laços Sul-Sul] e demais cooperação bilateral; Ministério da Educação; Secretaria de Estado da Juventude; etc.

epidemiológico destas doenças, em particular nos grupos de risco, expandir a oferta de despistagem e tratamento ARV para a prevenção da transmissão vertical e sensibilizar toda a população sobre esta matéria.

Estratégias operacionais

1. Reforço da comunicação para a mudança de comportamentos [CMC];
2. Integração das actividades de prevenção e controlo das IST incluindo o VIH/SIDA nos planos de actividade das estruturas de saúde dos diferentes níveis, em adequação com o nível técnico;
3. Disponibilização nas estruturas de saúde de testes para detecção precoce das infecções;
4. Garantia do acesso de todas as pessoas infectadas ou doentes aos tratamentos e aos cuidados médicos, psicológicos e sociais, de acordo com os procedimentos estabelecidos.

Metas

1. Divulgar a partir de 2008, de maneira activa, a informação relativa à prevenção das IST incluindo a VIH/SIDA à população que frequenta os estabelecimentos de saúde;
2. Assegurar um diagnóstico e um tratamento correctos de pelo menos 80% dos casos IST na população em geral e nos grupos de risco em particular;
3. Aumentar, a partir de 2009, para o dobro da situação actual, a percentagem da população que efectua um teste de despistagem de VIH em todos os níveis de atenção à saúde;
4. Atingir 100% a proporção de grávidas seropositivas, que completam o protocolo ARV em fins de 2009 com vista à prevenção da transmissão vertical do VIH;
5. Criar um banco de dados sobre as IST e VIH/SIDA, aberto a todos os interessados, a partir de 2009.

Actividades e Intervenções

1. Reforçar e expandir as actividades de IEC das populações sobre as IST, incluindo a VIH/SIDA;
2. Alargar a oferta de despistagem da infecção VIH/SIDA;
3. Reforçar a capacidade de diagnóstico e tratamento das IST em todas as estruturas de saúde
4. Alargar o acesso ao tratamento ARV a todas as grávidas seropositivas;
5. Alargar a oferta de acompanhamento médico e psicológico regular, às pessoas infectadas pelo VIH;
6. Promover uma maior utilização de preservativos entre os jovens e grupos de risco;
7. Implementar uma base de dados para a produção de informações epidemiológicas fiáveis sobre o VIH/SIDA, as IST assim como as infecções oportunistas;
8. Reforçar a vigilância epidemiológica de 2ª geração (seroprevalência e comportamentos sexuais) junto dos grupos de alto risco e da população em geral;

Resultados esperados

1. Os cabo-verdianos cada vez mais bem informados e conscientes dos riscos relativos às IST e VIH/SIDA;
2. Condições criadas para permitir mais facilmente aos cabo-verdianos a possibilidade de se submeterem ao teste de despistagem de infecção pelo VIH;
3. Garantidas as condições para o diagnóstico das IST nos diferentes níveis de atenção à saúde;
4. Todas as grávidas seropositivas têm garantida a possibilidade de tratamento ARV;

5. Criadas as condições de acompanhamento médico e psicológico a todos os seropositivos conhecidos;
6. Preservativos disponíveis e utilizados pela grande maioria dos grupos de risco de infecção IST;
7. Criada uma base de dados fiáveis sobre as IST VIH e outras doenças relacionadas acessível a todos os interessados.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS, DGF, CNDS, Delegacias de Saúde, Hospitais;
2. Parceiros nacionais: MEES; CCC/SIDA; Autarquias locais; Associações comunitárias; ONGs;
3. Parceiros internacionais: OMS; Fundo Global; etc.

Indicadores de avaliação

1. Número de demandas espontâneas para os testes de despistagem das IST e VIH/SIDA;
2. Número de grávidas sob tratamento ARV;
3. Incidência da transmissão vertical da infecção pelo VIH;
4. Número de estabelecimentos de saúde capazes de fazer o diagnóstico correcto das IST e de infecções VIH/SIDA;
5. Evolução do consumo de preservativos;
6. Número de pedidos de acesso ao banco de dados.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Programas realizados de sensibilização sobre as IST e VIH/SIDA;
2. Relatórios de supervisão e de avaliação;
3. Relatórios de actividades dos estabelecimentos de saúde, sobre IST e VIH/SIDA;
4. Existência do banco de dados e sua operacionalidade;
5. Relatórios sobre o consumo de preservativos.

Sustentabilidade do Programa

Pontos fortes:

1. População sensibilizada sobre os riscos das IST e da infecção pelo VIH/SIDA;
2. A existência da medicação ARV gratuita;
3. A existência do Comité de Coordenação multisectorial de luta contra a SIDA.

Pontos fracos:

1. Significativa frequência de comportamentos de risco nas relações sexuais;
2. Dificuldades de tesouraria por falta de apoio financeiro internacional regular;

Condicionantes ambientais

1. Estigma à volta da infecção pelo VIH/SIDA;
2. Promiscuidade sexual em todas as idades;
3. Prostituição;
4. Homens ainda refractários ao teste voluntário de despistagem da infecção pelo VIH/SIDA;
5. Submissão ainda significativa da mulher relativamente aos maridos/companheiros, apesar de desportar já certo grau de emancipação em algumas classes sociais;

6. Migrações e turismo;
7. Pobreza e desemprego.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 2: Reforço da luta contra a Tuberculose

Situação actual

A tuberculose constitui ainda um problema de saúde da população, situação reforçada pelo risco da influência da epidemia do VIH/SIDA [5]. As taxas de incidência continuam relativamente elevadas, situando-se à volta de 52 por cem mil habitantes em 2006, no entanto aquém da taxa de 150/100 000 teoricamente previsíveis pela OMS [6]. Nesse ano a taxa de mortalidade registada foi de 4,7 por 100.000 habitantes

Os Concelhos com maior número de doentes notificados em 2006 são Praia com 38% de casos novos e S. Vicente com 16%. Note-se no entanto que as maiores taxas de prevalência, por 100.000 habitantes em 2006, foram registadas no Maio [130] e em São Felipe 109.

O tratamento directamente observado [DOT] que constitui um pilar da estratégia seguida pelo PNLT é praticado em todas as estruturas sanitárias, com uma taxa de sucesso de 65% em 2005 contra os 85% esperados e uma taxa de abandono de 17,8%. São apontados como constrangimentos no cumprimento do protocolo de tratamento, o alcoolismo, a pobreza, as dificuldades de acesso e outros factores sociais,

De uma maneira geral, nas Delegacias dos Concelhos periféricos, mas sobretudo nas da Região Sanitária de Santiago Norte e em S. Vicente, adoptou-se a regra do internamento sistemático dos doentes durante os dois ou três primeiros meses de tratamento. Nessas Delegacias, as taxas de sucesso terapêutico revelaram-se superiores

A luta contra a TB baseia-se essencialmente no seguinte:

1. Prevenção dos casos graves da doença através da vacinação com BCG dos recém-nascidos nas maternidades e em todos os centros de saúde;
2. A detecção de casos, tratamento supervisionado nos dois primeiros meses e acompanhamento dos doentes durante pelo menos os 8 meses previstos;
3. Integração das actividades de diagnóstico, tratamento, e seguimento do doente em todos os níveis da rede sanitária
4. Internamento dos casos complicados;
5. Procura activa dos casos de abandono;
6. Diagnóstico e tratamento gratuitos;
7. Supervisão regular do desempenho das equipas de seguimento dos doentes de TB;

Estratégias operacionais

Os grandes eixos estratégicos propostos para o período entre 2008 e 2011 são:

1. Reforço do sistema de saúde para apoiar a expansão e a qualidade da estratégia DOT:
 - i) Melhoria da capacitação dos recursos humanos na gestão do programa; ii) Melhoria da capacidade diagnostica iii) Garantia de um abastecimento regular em medicamentos antituberculosos de 1ª e 2ª linha e em reagentes e outro material de laboratório; iv) Reforço da vigilância epidemiológica incluindo a vigilância da resistência aos antibacilares e v) Melhor

[5] – Aparentemente pouco influenciada pela epidemia do VIH/SIDA; é a quarta “doença definidora” da infecção VIH/SIDA numa proporção de 9,9% de co-infecção em 2005

[6] – Dye C, Scheele P, Pathania V, Ravigione Mc. “Global Burden of Tuberculosis. Estimate incidence, prevalence and mortality by country, JAMA 1999,282, 7:677-689

aproveitamento das estruturas de saúde, nomeadamente as USB no tratamento sob observação directa

2. Reforço da supervisão, monitorização e avaliação dos serviços;

Reforço do envolvimento das comunidades e dos profissionais de saúde nos cuidados contra a tuberculose, nomeadamente i) Desenvolvimento de intervenções no domínio da IEC; ii) Mobilização de parcerias nacionais para a luta contra a doença; iii) Capacitação de elementos das comunidades (Pontos focais)

Reforço da colaboração intra e intersectoriais.

Metas

1. Durante 2008 adequar o PNLCT às orientações do Guia Técnico;
2. Integrar as actividades de luta contra a tuberculose em todas as estruturas das Delegacias de saúde a partir do final de 2008;
3. Manter, na vigência do PNDS, a cobertura da vacinação com BCG acima dos 90% dos recém-nascidos;
4. Realizar, a partir de 2008, a detecção de pelo menos 75% dos casos novos esperados;
5. Melhorar o seguimento do tratamento DOT em todos os CS a partir de 2008;
6. Reduzir a taxa de abandono para menos de 10% já em finais de 2008
7. Reduzir a taxa de letalidade abaixo de 5%, a partir de 2010

Actividades

1. Vacinar regularmente com BCG os recém-nascidos e manter a cobertura vacinal acima de 90%;
2. Fornecer em 2009, equipamentos, medicamentos e outros consumíveis, a todas as Delegacias de Saúde para o reforço da capacidade de intervenção em diagnóstico e tratamento;
3. Formar/reciclar anualmente as equipas de saúde e membros das comunidades encarregados dos cuidados específicos do controlo da tuberculose;
4. Incluir a tuberculose nos planos de acção da IEC para sensibilização das comunidades;
5. Melhorar a Vigilância epidemiológica da doença, integrada no SIS, a partir de 2008;
6. Apoiar pelo menos 2 projectos/ano de investigação operacional sobre a tuberculose para procurar melhorar as intervenções, a partir de 2008.
7. Realizar uma avaliação anual das actividades de luta contra a tuberculose
8. Reforçar a supervisão

Resultados esperados

1. Cobertura nacional pelo BCG mantida acima dos 90%;
2. Detecção de pelo menos 75% de todos os casos novos de tuberculose assegurada;
3. Tratamento DOT implantado e implementado em todas as formações de saúde;
4. Taxa de abandono diminuída para menos de 10% pelo menos, a partir de 2008;
5. Taxa de mortalidade específica por tuberculose reduzida a menos de 5%, à partir de 2010;
6. Actividades de luta contra a tuberculose avaliadas anualmente
7. Supervisão realizada com regularidade
8. Membros da comunidade formados e envolvidos na luta contra a tuberculose
9. Equipas de seguimento da doença, capacitadas e recicladas regularmente.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

Ministério da Saúde: DGS, PNLCT, Delegacias de Saúde, Hospitais;

Parceiros internos: ONGs; INPS; ARFA;

Parceiros internacionais: OMS/GDF [Global Drug Facility]

Indicadores de avaliação

1. Taxa de cobertura vacinal por BCG;
2. Percentagem de casos correctamente diagnosticados, tratados e seguidos até à cura;
3. Taxa de abandono do tratamento;
4. Taxa de mortalidade específica por tuberculose;
5. Percentagem de estabelecimentos de saúde dotados de equipamentos e medicamentos para o diagnóstico e tratamento da tuberculose, em relação ao previsto;
6. Número de profissionais, por categoria, formados em tuberculose, em relação ao previsto
7. Número de sessões de IEC e aconselhamento executadas nas unidades sanitárias
8. Número de investigações operacionais realizadas e utilizadas para a melhoria da luta contra a tuberculose.

Mecanismos de seguimento

Relatórios dos serviços implicados [PAV; PNLCT; Delegacias de saúde; DGS]; Relatórios de supervisão e avaliação

Sustentabilidade: Pontos fortes e Fracos

Pontos fortes:

1. Política Nacional de Saúde
2. Experiência acumulada pelos responsáveis do PNLCT a todos os níveis na gestão das diferentes vertentes da luta contra a tuberculose
3. Existência de medicamentos e outros consumíveis necessários ao processo.

Pontos fracos:

1. Deficiente cumprimento das orientações técnicas;
2. Estigmatização da doença e fraca sensibilização das comunidades no processo de prevenção e controlo da doença;
3. Deficiente atendimento e consecutiva relutância dos doentes em frequentar com regularidade os serviços;
4. Pouco envolvimento de outros sectores na luta contra a tuberculose

Condicionantes ambientais

1. Pobreza
2. Alcoolismo
3. Iliteracia

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 3: Reforço da luta para a erradicação da Poliomielite

Situação actual

A Poliomielite continua a ser considerada um problema de saúde pública, em Cabo Verde. As duas últimas epidemias da doença ocorreram, uma em 1986 com 31 casos de que não se fez o diagnóstico virológico e outra no ano 2000 com 56 doentes, dos quais 15 com diagnóstico laboratorial confirmado. Entre os 56 casos de doença encontravam-se 23 crianças completamente vacinadas.

No quadro da erradicação da Poliomielite no Mundo, um conjunto de medidas vem sendo implementado em Cabo Verde, destacando-se: a vigilância activa das paralisias flácidas agudas (PFA), o reforço da vacinação de rotina e a realização, quando indicado, de Jornadas Nacionais de Vacinação entre os menores de cinco anos.

De acordo com os indicadores de desempenho, a vigilância activa das PFA tem oscilado de um ano para outro. Em 2007, a taxa de PFA não pólio foi ligeiramente inferior ao mínimo preconizado que é de 2 casos por cem mil crianças de menos de 15 anos; e a percentagem de amostras de fezes correctamente recolhidas não foi além de 67% contra os 80% recomendados.

O programa alargado de vacinação/PAV, operacional desde 1977, atingira taxas de cobertura progressivamente satisfatórias dos diferentes antigénios, perto dos 90%, até 1991, altura em que começaram flutuações. A cobertura vacinal pela terceira dose de VPO situou-se em 2007 em 80%.

Desde 2001 que não se assinalou mais caso algum de Poliomielite. No entanto, a persistência de focos de poliovírus selvagem em circulação na Sub-região da África ocidental, o baixo nível de saneamento básico, as condições habitacionais nos diferentes Concelhos de Cabo Verde e a aparente acumulação de susceptíveis tornam o país vulnerável a um surto epidémico.

Tem-se realizado regularmente desde 2001, com excepção de 2003 e 2006, Jornadas nacionais de Vacinação [JNV] contra a doença, no quadro da iniciativa mundial da sua erradicação, em sincronização com os países da sub-região. É nesse contexto que a PNS recomenda, para eliminar a circulação do vírus selvagem da poliomielite no país e contribuir para a erradicação da doença como preconizado pela OMS:

1. O reforço das medidas de vigilância epidemiológica e da busca activa de casos de paralisia flácida aguda [PFA], no “conjunto de cuidados essenciais” em todos os concelhos;
2. O prosseguimento das campanhas de vacinação complementar contra a doença, dos menores de cinco anos, para elevar o grau de imunização para níveis eficazes de protecção;
3. A criação de um sistema fiável de vigilância do meio ambiente, incluindo os esgotos, com vista à detecção do vírus vacinal e a confirmação da ausência de vírus selvagem em circulação [7].

Estratégias operacionais

1. Reforço da vacinação de rotina para garantir a cobertura vacinal anti-poliomielite [VPO3] acima dos 90%;
2. Reforço da vigilância activa de casos de paralisia flácida aguda [PFA], no quadro da Vigilância epidemiológica das doenças potencialmente epidémicas;

3. Sensibilização dos profissionais de saúde, particularmente nos serviços de urgência, nas consultas e enfermarias de pediatria e da ortotraumatologia, para se manter um nível elevado de alerta sobre os riscos de aparecimento de casos de poliomielite.

Metas

1. A partir de 2009 a assegurar níveis de cobertura vacinal em geral, e da vacinação anti-poliomielite em particular, iguais ou superiores a 90% da população alvo;
2. A partir de 2008 notificar pelo menos 2 casos de PFA por cem mil menores de 15 anos com pelo menos 80% de amostras de fezes adequadas
3. Instalar em 2008 os mecanismos de vigilância epidemiológica do meio ambiente com tónica sobre na detecção do vírus da VPO, em colaboração com os parceiros já identificados;
4. Proceder à transição progressiva da vacinação oral para a vacinação injectável a partir de 2011.

Actividades/ Intervenções

1. Avaliar o periodicamente o desempenho do PAV, incluindo a cobertura vacinal;
2. Proceder, se indicado, a Jornadas nacionais de vacinação antipólio;
3. Proceder à avaliação, em 2008, da eficácia do sistema de erradicação da Poliomielite em Cabo Verde e melhorá-lo eventualmente
4. Compilar anualmente a documentação referente aos progressos da erradicação da Poliomielite no país, como pré-requisito da certificação da erradicação;
5. Reciclar anualmente, os pontos focais do Processo de erradicação da poliomielite e informar/sensibilizar com igual periodicidade todos os prestadores de cuidados;
6. Instalar e fazer funcionar, a partir de 2009, os mecanismos de vigilância epidemiológica do meio ambiente para a detecção do vírus da VPO, em colaboração com os parceiros identificados [8];
7. Proceder à transição progressiva da vacinação oral para a vacinação injectável em 2011.

Resultados esperados

1. Níveis de cobertura vacinal melhorados nos patamares previstos;
2. Processo de erradicação da Poliomielite em Cabo Verde, avaliado e corrigido nos seus pontos fracos;
3. Documentação relacionada com o processo de erradicação da poliomielite compilada e classificada;
4. Pontos focais do processo de erradicação, nos diversos concelhos e hospitais, reciclados sobre a importância da vigilância epidemiológica e da busca activa das Paralisias flácidas agudas (PFAs);
5. Prestadores de cuidados dos diferentes estabelecimentos de saúde sensibilizados sobre os riscos de um surto de poliomielite no país;
6. Mecanismos de vigilância epidemiológica do meio ambiente, incluindo esgotos, instalados e operacionais;
7. Assumida a decisão política de proceder à transição da VPO para a VPI e iniciada, e em consequência, os esclarecimentos a população.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS; PNSR/PAV; S. de Vigilância Epidemiológica; Delegacias de Saúde;
2. Parceiros a nível nacional: Comissões relacionadas com o processo de Erradicação da poliomielite; Câmaras Municipais; Electra e MAA [DGA. INGRH];
3. Parceiros a nível internacional: OMS; GAVI; UNICEF; CDC

Indicadores de avaliação

1. Taxas de cobertura da vacinação de rotina e das JNV;
2. Número de Pontos focais reciclados e avaliados sobre a importância da sua contribuição no processo da despistagem das PFAs;
3. Número e categoria de prestadores de cuidados sensibilizados sobre a busca activa das PFAs;
4. Taxas de PFA e de Amostras adequadas de fezes;
5. Proporção/totalidade dos documentos oficiais essenciais do processo de erradicação em Cabo Verde compilados;
6. Luz verde do Governo para programar e implementar a VPI;

Mecanismos de avaliação e seguimento

1. Relatórios da vacinação de rotina e das JNV;
2. Boletins de notificação das PFAs;
3. Relatórios de actividades sobre Vigilância do Meio Ambiente;
4. Documentação produzida em Cabo Verde sobre o processo de erradicação da poliomielite;
5. Resolução do Governo referente à transição dos métodos de vacinação contra a poliomielite;
6. Documentos IEC preparados para a informação da população sobre a transição VPO/VPI.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes:

1. A larga experiência acumulada pelo PNSR/PAV sobre a vacinação de rotina e as JNV;
2. A confiança geral nas vacinas;
3. A qualidade da vacinação antipólio oral.

Pontos fracos:

1. Fracas condições do saneamento básico e limitações graves na disposição dos dejectos humanos;
2. Cumprimento de regras de higiene;
3. Excessiva mobilidade/alternância dos Delegados de Saúde com a consecutiva deslocalização de competências e experiência;

Condicionantes ambientais

1. Deficit do saneamento básico
2. Vírus selvagem em circulação na sub-região.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 4: Prevenção, controlo e eliminação do Paludismo

Situação actual

A situação do paludismo em Cabo Verde é caracterizada por um hipoendémismo com aumento sazonal entre Outubro e Novembro e em relação com a época das chuvas. Apenas na ilha de Santiago tem aparecido surtos epidémicos, apesar de se encontrar o vector nas ilhas de Maio, Fogo, Boavista e São Nicolau.

A incidência do paludismo não tem ultrapassado, nos últimos anos, os 100 casos por ano, entre casos importados e autóctones. Em 2006 foram registados 68 casos novos, sendo 54 autóctones. Só na ilha de Santiago foram assinalados 66.

Entre os problemas detectados destacam-se o baixo nível de alerta da população e dos técnicos de saúde sobre o risco de infestação pelo parasita; a baixa imunidade da população; a circulação frequente de pessoas de e para zonas endémicas; a proliferação de depósitos de água utilizados nas construções e na agricultura sem qualquer controlo larvar adequado; a existência de poços de água explorados tanto para a agricultura como para a construção civil, particularmente na capital do país, igualmente com deficiente controlo larvar e fracas condições do saneamento básico, o que torna Cabo Verde vulnerável ao paludismo.

Do lado das respostas do sector da saúde há problemas relativamente à qualidade de diagnóstico que vem sendo ultrapassado com a adopção do teste rápido nos Centros de Saúde, remetendo-se os casos positivos para um seguimento com gota espessa.

Com a construção da barragem do Poilão, no Concelho de Santa Cruz, e a projecção de outras mais, ressurgem novos factores de multiplicação de larvas e da vulnerabilidade permanentes para o Paludismo e outras doenças de origem hídrica pelo que se deve programar as intervenções que se impõem para prevenir e tratar a doença.

A luta contra o paludismo baseia-se essencialmente no seguinte:

1. A prevenção através da informação e sensibilização da população, com tónica sobre as medidas a tomar para suprimir os criadouros de larvas e prevenir a picada dos mosquitos;
2. A detecção de casos, e o tratamento atempado dos doentes e seu seguimento;
3. O internamento dos casos graves;
4. A integração das actividades de diagnóstico, tratamento e seguimento do doente nos cuidados de saúde a prestar em todos os níveis de atenção;
5. A institucionalização de parcerias a nível internacional e dentro do país [Autarquias locais; ONGs e Associações comunitárias] com vista a assegurar as intervenções de prevenção e tratamento adequado da doença;
6. A supervisão das actividades de terreno.
7. Controlo das fronteiras (portos e aeroportos).

O grande desafio relativamente a este programa prende-se com o compromisso assumido pelo Governo de eliminar o paludismo até 2020.

Estratégias operacionais

1. Sensibilização e mobilização da sociedade civil com tónica sobre as empresas de construção, os agricultores e as associações comunitárias;
2. Luta contra o mosquito adulto;
3. Diagnóstico precoce e tratamento de todos os casos de paludismo;

4. Cartografia dos viveiros e sua actualização periódica;
5. Supervisão e fiscalização das actividades no terreno;
6. Incentivos, particularmente nas zonas de maior risco, para o uso de redes mosquiteiras, de preferência impregnadas de insecticida.
7. Criação de postos sentinela nos portos e aeroportos
8. Pesquisa operacional
9. Vigilância epidemiológica

Metas

1. A partir de 2008, sensibilizar e mobilizar todos os encarregados de obras, responsáveis de empresas agrícolas, e fiscais das Câmaras Municipais no sentido de interiorizarem a sua responsabilidade na prevenção do paludismo;
2. Localizar, tratar e vigiar todos os viveiros de mosquitos, a partir de 2008;
3. Promover, a partir de 2008, a inclusão nos manuais escolares, de noções sobre o paludismo com ênfase na prevenção;
4. Generalizar, a partir de 2008, o uso de testes rápidos de diagnóstico entre as estruturas de saúde das ilhas, particularmente as mais vulneráveis ao paludismo;
5. Institucionalizar, em 2008, a confirmação por gota espessa do diagnóstico da doença por teste rápido;
6. Reduzir a zero os casos de paludismo autóctone a partir de 2009;
7. Elaborar e implementar um protocolo do tratamento do paludismo, e supervisionar a sua aplicação em todos os Centros de saúde e Hospitais a partir de 2008;
8. Diagnosticar precocemente e tratar todos os casos de paludismo;
9. Incentivar e supervisionar a formulação de Planos operacionais de luta contra o Paludismo em cada Delegacia de saúde, a partir de 2008;
10. Formar/reciclar os profissionais de saúde sobre a problemática do paludismo, a partir de 2008.

Actividades/Intervenções

1. Formar e ou recrutar especialistas em entomologia;
2. Promover e realizar acções de sensibilização sobre a prevenção do paludismo, a todos os níveis e em especial nas escolas, empresas agrícolas e de construção, [encarregados e trabalhadores], Câmaras municipais, militares, associações comunitárias em geral;
3. Definir e implementar uma estratégia de comunicação e mobilização sociais para a luta contra o paludismo;
4. Elaborar e implementar em cada Delegacia de Saúde, Planos operacionais de acção contra o paludismo;
5. Elaborar uma cartografia digitalizada dos viveiros a actualizar periodicamente;
6. Supervisionar a luta anti-larvar em todos os concelhos;
7. Generalizar a disponibilidade do teste de diagnóstico rápido do paludismo;
8. Rever e implementar o protocolo de diagnóstico, tratamento e seguimento do paludismo;
9. Reforçar a qualidade do diagnóstico laboratorial;
10. Melhorar a supervisão das actividades da luta contra o paludismo;
11. Melhorar a vigilância epidemiológica do paludismo.
12. Criar em todas as delegacias de saúde condições para a luta anti-vectorial

Resultados esperados

1. Sociedade Civil mais bem informada sobre o paludismo e possibilidades da sua prevenção;
2. Planos de acção contra o paludismo formulados e operacionais em todas Delegacias de saúde;
3. Cartografia dos viveiros de mosquitos realizada a 100% e disponível;
4. Luta anti-larvar realizada regularmente em todos os Concelhos;
5. Protocolo de diagnóstico, tratamento e seguimento de doentes de paludismo revisto e implementado;
6. Qualidade de diagnóstico laboratorial do paludismo melhorado;
7. Melhorada a qualidade e prontidão da notificação do paludismo;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS, DGF, PNLP, CNDS, Delegacias de Saúde, Hospitais;
2. Parceiros locais: Câmaras Municipais, Forças Armadas, Ministérios da Agricultura e Ambiente, e das Infra-estruturas SHELL;
3. Parceiros internacionais: Cooperação bilateral e multilateral.

Indicadores de avaliação

1. Nº de associações e de empresas de construção civil e agrícolas, e ainda Câmaras Municipais sensibilizadas sobre o paludismo;
2. Nº de programas de sensibilização sobre o paludismo;
3. Proporção dos viveiros tratados relativamente aos existentes;
4. Proporção de estabelecimentos de saúde dotados de recursos para o diagnóstico e tratamento adequados do paludismo, em relação ao previsto;
5. Número de profissionais, por categoria, formado em relação ao previsto;
6. Evolução das Taxas de mortalidade por paludismo.

Mecanismos de avaliação e seguimento

1. Relatórios de avaliação anual das actividades do PNLP;
2. Relatórios das Delegacias de saúde sobre actividades ligadas à luta contra o paludismo;
3. Boletins de notificação de doenças;
4. Relatório estatístico do Ministério da Saúde;
5. Relatórios de supervisão

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes:

1. Vontade política em eliminar o paludismo;
2. Acesso gratuito aos meios de diagnóstico e tratamento do Paludismo;
3. Existência de equipas de LCP nos concelhos mais expostos ao risco de Paludismo;
4. Parcerias já operacionais: Câmaras municipais, Ministério da Educação, SHELL, outros;

Pontos fracos:

1. Insuficiência de recursos humanos especializados no combate ao paludismo;
2. Vulnerabilidade à importação de estirpes resistentes;
3. Proliferação de viveiros nas construções, nos depósitos de água; nas poças de água;

4. Mais portas de entrada no País através da construção de novos aeroportos/portos;
5. Construção de barragens e consequente multiplicação de viveiros;
6. Possibilidade da exportação do vector para ilhas não receptivas (Sal, SV, SA, Br);
7. Ainda deficiente sensibilização da população em geral sobre a importância da luta anti-larvar no combate ao paludismo.

Condicionantes ambientais

Condições culturais para a Proliferação de criadouros de mosquitos

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 5: - Luta para a eliminação da Lepra

Situação actual

Até à década dos anos setenta e início dos anos oitenta, a lepra tinha uma prevalência relativamente elevada em Cabo Verde, [3‰ em 1983] [9] designadamente nas ilhas da Brava, Fogo, Santo Antão, Santiago e S. Vicente. Os doentes mais graves do Fogo e Santo Antão eram internados nas gafarias de Praia Ladrão no Fogo e Barbasco, depois Sinagoga, em Santo Antão. O tratamento era, então, à base da monoterapia com Dapsona. Os doentes menos graves eram tratados e seguidos a domicílio por agentes das Delegacias de Saúde.

A grande “viragem” na história da Hanseníase em Cabo Verde dá-se com a assinatura do acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde e a AIFO [Associação Italiana Amigos de Raoul Follereau] em 1978. É criado então o Programa de luta contra a lepra que inicia a sua acção com um inquérito nacional de prevalência, com o registo de casos, estudo dos familiares e dos contactos directos. Desde então, regularmente são feitos rastreios nas zonas de maior prevalência e nas escolas.

Foi instituída a poliquimioterapia a todos os doentes, com resultados excelentes, entre os quais a redução significativa na incidência das mutilações.

Outra importante acção do programa foi a luta contra a estigmatização dos doentes

Para o sucesso deste projecto contribuiu muito a existência de uma equipa integrada por um especialista permanente até à década de oitenta, enfermeiros e agentes sanitários dedicados exclusivamente à luta contra a Lepra, sem esquecer a integração social e económica dos doentes.

Até 1983, verificou-se um aumento progressivo de casos diagnosticados atingindo um máximo de prevalência de 3 por mil habitantes, registando-se desde então um decréscimo até 1 por mil, em 1992.

Progressivamente a Lepra deixou de constituir um problema de saúde pública tendo-se considerado eliminada, mantendo-se contudo o alerta e o respectivo Programa de luta, com actividades descentralizadas, sob a responsabilidade dos Delegados de Saúde. Actualmente, o número de casos não ultrapassa os 5 por ano.

Deve, no quadro da implementação do PNDS, fazer-se os esforços necessários para manter o nível de eliminação da doença, nomeadamente através de mecanismos activos de vigilância.

Estratégias operacionais

1. Reforço dos mecanismos de vigilância da doença incluindo a busca activa dos casos;
- 2.

Metas

1. Garantir a prontidão e regularidade da notificação de acordo com as normas;
2. Manter o estado de eliminação da doença

Actividades/Intervenções

1. Rever/actualizar o Protocolo respeitante ao diagnóstico, tratamento e seguimento da Lepra;

2. Sensibilizar as comunidades e as famílias sobre a possibilidade de cura da Lepra com vista ao rastreio regular e tratamento da doença;
3. Realizar estudos sobre a Lepra;
4. Capacitar/Reciclar os profissionais de saúde sobre a Lepra;
5. Criar as condições necessárias ao diagnóstico, tratamento e seguimento da Lepra nos estabelecimentos de atenção primária do SNS.

Resultados esperados

1. Estado de eliminação da Lepra preservado;
2. Sociedade civil informada e participante no rastreio da Lepra;
3. Estruturas de atenção primária dotadas dos meios para diagnóstico, tratamento e seguimento da doença.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

4. Ministério da Saúde: DGS, DGF, PNLT, CNDS, Delegacias de Saúde, Hospitais;
5. Parceiros locais: Câmaras Municipais, Ministério da Educação, e ONGs;
6. Parceiros internacionais: Cooperação italiana, OMS.

Indicadores de avaliação

1. Taxas de incidência e prevalência da Lepra e sua evolução
2. Número de comunidades e famílias implicadas no rastreio da Lepra;
3. Frequência de estudos realizados;

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Programas de sensibilização da sociedade civil;
2. Protocolos actualizados de diagnóstico e tratamento da Lepra;
3. Relatórios sobre a audiência das campanhas de sensibilização da sociedade civil;
4. Boletins de notificação de doenças;
5. Relatórios de supervisão;
6. Relatórios de avaliação das actividades do programa

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes:

1. Sucessos registados na luta contra a Lepra;
2. Facilidade de acesso aos estabelecimentos de saúde e tratamento gratuito;

Pontos fracos:

1. Insuficiente contacto, portanto poucos conhecimentos, da maioria dos profissionais da saúde com a doença;
2. Excessiva mobilidade/alternância dos Delegados de Saúde com a consecutiva deslocalização de competências e experiência;
3. Falta de supervisão com discussão clínica de casos de lepra;
4. Existência ainda de uma franja da população sensível ao estigma sobre a doença.

Condicionantes ambientais

A pobreza, dificuldades de habitação e a promiscuidade consecutiva

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 6: Garantia de Condições de Segurança de Doação de Sangue, Tecidos e Órgãos

Situação actual

Existe uma política de segurança de transfusões do sangue, e nesse quadro todos os doadores são previamente testados para uma série de doenças transmissíveis por esta via, nomeadamente para o VIH e Hepatite. A percentagem de doadores de sangue voluntários e benévolos ronda actualmente os 35%. Prevê-se a extensão de serviços de sangue seguro a todos os Hospitais.

Contudo a política transfusional carece de protocolos estabelecidos, existindo muitos casos de prescrição com erros na definição da urgência ou do produto a ser transfundido. Também não se notificam as possíveis reacções transfusionais nem se realizam sistematicamente todos os testes necessários, como por exemplo, a despistagem do HTLV I e II.

Quanto ao transplante de órgãos, nada ainda está institucionalizado ou sequer estruturado, nomeadamente a consciencialização da população relativamente à sua necessidade e importância enquanto opção de tratamento, especialmente no que concerne ao transplante de córneas e de rins, a encarar como exequíveis a médio prazo em Cabo Verde.

A transfusão de sangue em Cabo Verde confronta-se ainda com a falta de doadores voluntários e os riscos inerentes a uma doação não voluntária. Pretende-se aumentar a taxa de doação voluntária e garantir assim a segurança transfusional.

Durante a vigência do PNDS dever-se-ão reforçar as medidas de segurança transfusional, alargar a oferta de derivados do sangue, e, criar as condições para se garantir, no país, a doação e o transplante de órgãos e tecidos.

Estratégias operacionais

1. Criação de medidas visando o aumento de doadores voluntários e benévolos;
2. Criação/Desenvolvimento dos serviços de banco de sangue nos hospitais, incluindo sistema de hemovigilância;
3. Elaboração de legislação sobre transplante de órgãos e tecidos;
4. Divulgação do Transplante de órgãos e tecidos como opções terapêuticas.

Metas

1. Fornecer em tempo útil, produtos sanguíneos lábeis, seguros e eficazes a partir de 2008;
2. Atingir, até 2010, a taxa de 80% de doação voluntária e benévola de sangue;
3. Dotar os hospitais centrais e regionais de bancos de sangue seguros e eficazes até 2010;
4. Elaborar e aprovar até 2011 a legislação sobre transplante de órgãos e tecidos.

Actividades

1. Efectuar campanhas regulares, nas escolas, na comunidade e através da comunicação social, de sensibilização da população sobre a doação de sangue;
2. Dotar os hospitais centrais e regionais dos recursos necessários para o funcionamento eficaz e seguro dos bancos de sangue;
3. Promover e realizar, regularmente, a auditoria externa nos Bancos de Sangue;
4. Elaborar e fazer aprovar a legislação sobre transplante de órgãos e tecidos;
5. Sensibilizar a população sobre o transplante de órgãos e tecidos e a sua doação;
6. Implementar um sistema de hemovigilância nos hospitais.

Resultados esperados

1. Maior número de doadores voluntários e benévolos;
2. Bancos de sangue em hospitais centrais e regionais eficazes e operacionais;
3. Sistema de gestão e supervisão dos bancos de sangue operacionais;
4. Legislação sobre transplante de órgãos e tecidos aprovada;
5. Campanhas de sensibilização geral sobre a doação de órgãos e tecidos em marcha,

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

Ministério da Saúde: DGS, DGRHA, DGF, Hospitais, Delegacias de Saúde;

Parceiros Nacionais: Ministério da Educação, Comunicação Social, Ordem dos Médicos; Cruz Vermelha CV;

Parceiros da cooperação: OMS, Cruz Vermelha Internacional, Cooperação bilateral.

Indicadores de avaliação

1. Número e percentagem de doadores voluntários benévolos;
2. Número de Bancos de sangue existentes e operacionais;
3. Numero de auditorias realizadas;
4. Legislação sobre transplante de órgãos e tecidos aprovada e publicada;
5. Sistema de hemovigilância operacional.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios de actividades dos Bancos de sangue existentes;
2. Relatórios de auditorias realizadas;
3. Documento legal sobre transplante de órgãos e tecidos publicado no BO.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Existência de Especialistas em Hematologia e Hemoterápia;
3. Legislação actualizada relativa à transfusão sanguínea.

Pontos fracos

4. Pobre cultura da doação voluntária;
5. Risco de transmissão de doenças na janela imunológica

Condicionantes ambientais

Pobreza

Proximidade geográfica de áreas endémicas de HTLV I e II

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente7: Prevenção e Tratamento das Doenças Cardiovasculares [DCV]

Situação actual

Embora não haja dados fiáveis do registo das consultas e internamentos que são geralmente deficientes, tem-se a percepção de que a demanda de consultas por doenças crónicas tem aumentado de forma acelerada. Por outro lado, a análise da evolução das causas dos óbitos nos últimos 6 anos permite afirmar que o país está em plena transição epidemiológica e que as doenças cardiovasculares e os tumores constituem actualmente as principais causas de morte em Cabo Verde, o que obriga a dedicar uma especial atenção à sua efectiva prevenção, detecção, tratamento e reabilitação.

Na verdade, as DCV contribuíram com 45% das causas de óbito, em 2004 e com 14% de óbitos na população com menos de 50 anos de idade.

A Hipertensão arterial, a Diabetes e as Dislipidémias, consideradas importantes factores de risco modificáveis das DCV, são deficientemente diagnosticadas, tratadas e seguidas por razões relacionadas com insuficiências dos serviços de saúde por um lado e ligadas ao próprio paciente por outro, nomeadamente por questões económicas, culturais e de compreensão da doença.

O Tabagismo é outro factor de risco modificável, existindo uma lei [Lei n.º 119/IV/95 de 13 de Março] que define as condições e restrição do uso do tabaco em estabelecimentos e transportes públicos, cujo conhecimento e aplicação é deficiente.

A Obesidade e o sedentarismo são outras causas igualmente importantes das DCV e o inquérito feito em 2001/02 [10] revela uma elevada prevalência de sobrepeso, e de obesidade [11], de, respectivamente 24% e 7% nos meios urbanos com especial incidência na Praia Urbana.

Embora se não conheça a prevalência do Alcoolismo, outro factor de risco a considerar nas DCV, dados do Inquérito acima mencionado mostram que em Cabo Verde, as famílias reservam proporções iguais do seu orçamento para o consumo de bebidas alcoólicas e para as despesas com a saúde.

Durante o segundo semestre de 2007, realizou-se um estudo (STEP) sobre a prevalência das principais doenças não transmissíveis e seus factores de risco. Os resultados servirão para precisar as principais directrizes de luta contra as mesmas no quadro da estratégia nacional de combate às doenças não-transmissíveis.

Ponderando os custos elevados para a instalação de serviços especializados em geral e o tempo necessário para a formação de especialistas, deve prever-se, no âmbito da implementação do PNDS, o reforço na mobilização de recursos. Está prevista a criação de melhores condições para o diagnóstico precoce, o tratamento e o seguimento das doenças cardiovasculares nos diferentes níveis da pirâmide sanitária, e também uma mais agressiva sensibilização da população sobre as possibilidades de prevenção e de controlo dos factores de risco. Constitui parte do presente plano, aliás, uma componente “Participação na luta contra o tabagismo”.

Estratégias operacionais

1. Integração das actividades de prevenção, detecção precoce e tratamento das principais doenças cardiovasculares nos três níveis da pirâmide sanitária, em adequação com as atribuições funcionais de cada;

[10] – Inquérito das Despesas e receitas das famílias 2001

[11] - Sobrepeso: Índice da Massa Corporal entre 25 e 30; Obesidade: Índice de massa corporal acima de 30

2. Intervenção sobre os factores de risco modificáveis, nomeadamente Hipertensão arterial e dislipidémias, diabetes mellitus, tabagismo, alcoolismo, obesidade incluindo sensibilização, informação e educação;

Metas

1. Definir, em 2008, o papel e a responsabilidade de cada nível de prestação de cuidados na intervenção sobre as doenças cardiovasculares;
2. Criar, a partir de 2009, condições humanas, técnicas e materiais nas estruturas de atendimento primário e secundário para o diagnóstico e tratamento adequados das DCV, de acordo com os respectivos termos de referência;
3. Dotar, até 2011, um cardiologista para cada um dos hospitais
4. Dotar, até 2011, cada um dos hospitais, com 2 enfermeiros, 2 técnicos de cardiopneumologia e 2 técnicos de fisioterapia [12];
5. Criar unidades de terapia intensiva [UTI] nos hospitais centrais, até 2011;
6. Criar, a partir de 2009, um sistema de informação contínua e actualizada sobre as doenças cardiovasculares.

Actividades/Intervenções

1. Elaborar e divulgar os resultados do inquérito STEP
2. Criar e implementar o caderno de doença crónica para DCV;
3. Criar e implementar um sistema de informação contínua e actualizada [banco de dados] sobre as DCV, incluído no Sistema de Vigilância integrada das doenças;
4. Elaborar e implementar protocolos de diagnóstico e tratamento, de referência e contra referência para cada um dos factores de risco modificáveis adequado a cada um dos níveis de atenção à saúde;
5. Garantir a disponibilidade permanente de medicamentos essenciais, para o tratamento dos factores de risco e das principais doenças cardiovasculares;
6. Disponibilizar, a nível terciário, meios para o diagnóstico e tratamento das complicações das DCV;
7. Formar médicos especialistas em cardiologia e outros técnicos especializados, de nível médio e profissional;
8. Criar uma UTI em cada um dos Hospitais centrais;
9. Organizar campanhas periódicas para a sensibilização, informação e educação para os factores de risco das DCV
10. Definir regras para o sector privado cumprir com os protocolos instituídos no país sobre a matéria;
11. Reorganizar o atendimento dos DCV a nível da atenção primária
12. Criar, em Sotavento, um centro público de fisioterapia e reabilitação para os portadores de sequelas de DCV.

Resultados esperados

1. Epidemiologia das DCV e respectivos riscos conhecida;

41_____

[12] – Notar que as sequelas das complicações das DCV são, em geral, seguidas em centros privados de fisioterapia, existindo no sector público apenas um estabelecimento na cidade do Mindelo.

2. Capacidade de diagnóstico e tratamento das DCV em cada nível de atenção de saúde melhorada em adequação com as respectivas atribuições funcionais;
3. Garantida a acessibilidade aos medicamentos essenciais para tratamento dos factores de risco e das principais DCV;
4. Centro de registo das DCVs funcional e actualizado.

Organismos e instituições responsáveis

1. Ministério da Saúde: DGS/Programa de DNT, DGF, CNDS, Hospitais, Delegacias de Saúde;
2. Parceiros nacionais: NOSI, INE; MEES, ONGs
3. Parceiros internacionais: OMS, Cooperação bilateral.

Indicadores de avaliação

1. Instituições de Saúde que utilizam o Protocolo de diagnóstico e tratamento das principais DCV;
1. Frequência de campanhas de IEC para as DCV;
2. Especialistas formados envolvidos no controlo das DCV;
3. Existência de um banco de dados de DCV;
4. Taxas de morbilidade e mortalidade por DCV.

Mecanismos de seguimento e avaliação

2. Consultas ao banco de dados de DCV;
3. Relatórios das Visitas de supervisão aos diferentes níveis de atenção à saúde;
4. Inquéritos sobre a percepção dos indivíduos relativamente aos riscos para as DCV.
5. Relatório de avaliação das actividades do programa de DCV.

Sustentabilidade e pontos Fortes e Fracos

Pontos Fortes

1. Existência de um ponto focal para o programa de luta contra as doenças não transmissíveis;
2. Inquérito STEP de prevalência das doenças não transmissíveis realizado;
3. Vontade política.

Pontos fracos

1. Dificuldades financeiras para criação de serviços especializados das DCV;
2. Duração da formação de especialistas;
3. Deficiências no funcionamento do mecanismo de referência e contra-referência;

Condicionantes ambientais

1. Sedentarismo;
2. Hábitos alimentares com tendência ao excesso;

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 8: Prevenção e Tratamento da Insuficiência Renal Crónica [IRC]

Situação actual

A insuficiência renal crónica [IRC] é uma doença cuja prevalência tem aumentado progressivamente, segundo dados de países desenvolvidos [13], e cujo controlo acarreta custos elevados. As causas da doença são variadas, estando a hipertensão arterial, a diabetes mellitus e as glomerulonefrites entre as principais [14], podendo-se ainda citar entre as remotas, as infecções correntes da infância.

A sua detecção precoce é difícil pelo facto da doença ser de evolução insidiosa e oligossintomática até a sua fase final, sem esquecer os elevados custos que isso implica, incluindo entre outras, exames bioquímicos e a realização da ecografia renal numa primeira abordagem diagnóstica, que além de dispendiosas, não estão ainda disponíveis nos diversos estabelecimentos de atenção sanitária diferenciada no país

Em Cabo Verde, não são ainda conhecidas as taxas da sua frequência. Entretanto, um levantamento realizado no Hospital Agostinho Neto [HAN] em 2004-2005, revelou cerca de 40 casos registados em 18 meses [15].

A IRC constitui a terceira causa de evacuação médica encontrando-se actualmente em Portugal cerca de 60 pacientes em tratamento de hemodiálise. Deve assinalar-se que, neste caso, a evacuação traduz-se numa mudança definitiva de residência do doente, que se vê afastado da família, do trabalho e do seu meio social e cultural.

É nesse contexto que se deve assinalar a oportunidade e a importância do protocolo existente entre Portugal e Cabo Verde, não só para o tratamento e o seguimento de doentes, no primeiro, como para a criação de condições técnicas e humanas no segundo com vista a reduzir ou pôr termo às evacuações sanitárias devidas à Insuficiência Renal Crónica.

Assim, pretende-se que o PNDS possa contribuir no reforço das capacidades do SNS para a detecção precoce dos factores desencadeantes da IRC, para o diagnóstico e o tratamento adequado da doença, com vista a reduzir a sua incidência e retardar a sua progressão irreversível.

Estratégias operacionais

1. Sensibilização dos profissionais de saúde e das comunidades sobre a prevenção e o diagnóstico precoce das IRC;
2. Integração nos planos de acção das estruturas de saúde, de acordo com os conteúdos dos níveis de atenção, de protocolos de diagnóstico e tratamento das determinantes das IRC;
3. Melhoria da capacidade diagnóstica nacional técnica e laboratorial para responder às necessidades de detecção precoce da doença;
4. Desenvolvimento das terapias substitutivas renais: diálise e transplante, a médio/longo prazos.

Metas

1. Conhecer, em 2008, os dados epidemiológicos para caracterizar a situação da IRC no país;

44_____

[13] – Prevalence of chronic kidney disease. In: Renal Data System. USRDS 2005

[14] - Outras causas são as doenças ou nefropatias de refluxo, o uso abusivo de medicamentos nefrotóxicos (ex. analgésicos), as doenças intersticiais renais, as nefropatias obstrutivas, as doenças quísticas renais, as malformações congénitas, algumas doenças sistémicas (a SIDA, o lúpus, a hepatite B e C, etc.) entre outras.

[15] – Tavares, HME. Perfil do paciente com insuficiência renal crónica atendido no hospital Dr. Agostinho Neto, apresentado nas XVI Jornadas Médicas do HAN, 2005

2. Criar, até 2011, condições humanas, técnicas e materiais para o diagnóstico precoce e seguimento de doença renal crónica, nos vários níveis de atenção sanitária;
3. Ter aprovado, em 2011, a legislação sobre transplante renal, como alternativa para o tratamento das IRC (relacionar com a componente sobre doação de tecidos e órgãos);
4. Criar até 2009 um Serviço Nacional de Hemodiálise.

Actividades/Intervenções

1. Realizar um estudo epidemiológico sobre a doença;
2. Elaborar e implementar protocolos de diagnóstico, tratamento, referência e contra referência das IRC para os diversos níveis do SNS;
3. Elaborar e aprovar o diploma legal relativo à doação de órgãos e tecidos;
4. Formar técnicos especializados no tratamento dialítico [2 Técnicos de manutenção de equipamentos; 4 Enfermeiros; 2 Nefrologistas];
5. Construir, equipar e enquadrar unidades de Hemodiálise em parceria público-privado;
6. Incluir nos protocolos dos laboratórios dos Hospitais de referência, testes específicos para a IRC;
7. Disponibilizar, a nível nacional, os medicamentos específicos para tratamento da doença.

Resultados esperados

1. Epidemiologia da doença conhecida;
2. Protocolos de diagnóstico e tratamento elaborados e implementados para os diferentes estadios da IRC;
3. Detecção precoce de casos novos de doença;
4. Um sistema de referência e contra-referência para o tratamento de casos leves (estado I e II) nos Centros de Saúde, e de casos mais avançados (estado III a V) em centros de atenção secundária e terciária;
5. Legislação sobre doação de órgãos e tecidos aprovada;
6. Técnicos habilitados no tratamento específico da doença renal avançada formados;
7. Centro (s) de diálise em funcionamento

Organismos e instituições responsáveis

1. Ministério da Saúde: DGS, DGF, GEPC, Hospitais, Delegacias de saúde;
2. Parceiros nacionais: OMC, INPS, ONGs, etc.
3. Parceiros internacionais de cooperação. International Society of Nephrology; OMS;

Indicadores de avaliação Taxas de morbilidade e mortalidade específicas por IRC;

1. Estruturas que utilizam protocolos de diagnóstico e tratamento das IRC de acordo com os níveis de atenção à saúde;
2. Existência de legislação sobre doação de órgãos e tecidos;
3. Número de técnicos especializados no tratamento dialítico;
4. Disponibilidade de pelo menos um centro de Hemodiálise;
5. Número de centros de tratamento sem roturas de stock dos medicamentos específicos

Mecanismos de seguimento

1. Relatórios de visitas de supervisão aos diferentes níveis de atenção de saúde;
2. Relatório de execução dos projectos;
3. Relatório de actividades do programa de luta contra as doenças não transmissíveis.

Sustentabilidade/Pontos Fortes e Fracos

Pontos Fortes

1. Existência de profissionais sensibilizados na problemática da IRC
2. Vontade política

Pontos fracos

1. Dificuldades financeiras para criação de serviços especializados das IRC;
2. Duração da formação de especialistas;
3. Deficiências no funcionamento do mecanismo de referência e contra-referência;

Condicionantes ambientais

1. Dificuldades económicas do país;
2. Problemática da água e da energia eléctrica em Cabo Verde

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 9: Prevenção e Tratamento da Diabetes mellitus

Situação actual

A diabetes mellitus, constitui um dos maiores problemas de saúde em Cabo Verde. É a principal causa de amputação não traumática de membros inferiores, a terceira causa de cegueira adquirida, uma das principais causas de insuficiência renal crónica, um dos factores de risco maior para as doenças cardiovasculares e motivo importante de internamentos por descompensação aguda.

Não raramente o diagnóstico é tardio, sendo às vezes feito por ocasião das complicações, agudas ou crónicas, graves ou não.

Se a sua prevalência e incidência ainda são mal conhecidas, há o sentimento generalizado entre os profissionais de saúde do aumento progressivo do número de diabéticos. O inquérito STEP realizado, vai permitir conhecer a frequência real desta doença e dos riscos que a determinam na população em geral.

O seu controlo envolve mudança do estilo de vida do paciente e dos seus hábitos, educação sobre a doença, uso contínuo de medicamentos, incluindo a injeção de insulina, factores que dificultam a adesão do paciente à terapêutica, com riscos de aparecimento das complicações.

Tendo em conta que é possível prevenir a diabetes com a mudança do estilo de vida na fase pré-diabética, que inclui a adopção de uma dieta equilibrada, da prática regular de exercícios físicos, da redução do excesso de peso e do controlo de outros factores de riscos ligados à hereditariedade, o controlo da diabetes deve basear-se em intervenções adequadas de educação junto das comunidades.

Há incitamento persistente para a criação de uma associação nacional de diabéticos. Até aqui, existe apenas a Associação de Diabéticos de S. Vicente.

É nesse quadro que o PNDS pode prever a concretização, no seio do SNS, dos recursos e meios necessários à prevenção da diabetes, ao seu diagnóstico precoce e tratamento adequado, conducentes à redução da incidência da doença e ao adiamento possível das suas complicações.

Estratégias operacionais

1. Integração em todos os níveis do SNS, de recursos e meios de detecção precoce e activa e tratamento atempado da diabetes no seio da população e entre grupos de risco ^[16];
2. Promoção da saúde para mudança de comportamentos e estilos de vida, nas Escolas; na Comunicação social; entre Dinamizadores sociais e Promotores de saúde;
3. Incitamento e apoio para a criação da Associação Nacional de Diabéticos.

Metas

1. Até 2009, ter um banco de dados sobre a diabetes integrado no SIS e o perfil da doença no país;
2. A partir de 2009 dotar todos os Centros de Saúde, de meios para fazer o diagnóstico precoce da doença em pelo menos 80% dos casos previsíveis;
3. Formular em 2009, um protocolo de diagnóstico e tratamento da Diabetes mellitus;
4. Formar e colocar enfermeiros especializados em diabetes, em cada estrutura de atenção secundária e terciária de saúde, até 2011;

5. Formar, a partir de 2008, pelo menos 5 Médicos e outros técnicos, em Diabetologia, e garantir o seu recrutamento para os Hospitais centrais e regionais;
6. Garantir o acesso gratuito à medicação específica, essencial [17] aos doentes necessitados a partir de 2009;
7. Criar até 2009 o “Cartão do Diabético”.

Actividades/Intervenções

1. Realizar um inquérito epidemiológico da doença;
2. Criar e implementar um registo nacional da Diabetes;
3. Elaborar e implementar protocolos de diagnóstico, tratamento e seguimento da diabetes e suas complicações [18];
4. Avaliar a necessidade e oportunidade de introduzir novos medicamentos no arsenal terapêutico da doença;
5. Proceder regularmente à despistagem activa da diabetes nas populações de risco;
6. Formar e recrutar 5 médicos em diabetologia, para os Hospitais centrais e regionais;
7. Formar enfermeiros sobre a diabetes, com enfoque no tratamento do pé diabético;
8. Elaborar um estudo de viabilidade financeira com base nos dados de prevalência da diabetes, para determinação do montante da comparticipação do Estado nos medicamentos e consumíveis específicos da doença;
9. Criar e implementar o “cartão do diabético”;
10. Capacitar membros da sociedade civil (dinamizadores sociais, professores, etc.) sobre a prevenção da diabetes.
11. Promover e incentivar a criação da Associação Nacional dos Diabéticos.

Resultados esperados

1. Epidemiologia da diabetes no país conhecida;
2. Banco de dados de Diabetes e suas complicações criado;
3. Protocolo de despistagem, tratamento e seguimento da diabetes elaborado e utilizado nos diferentes níveis do SNS;
4. Enfermeiros habilitados no tratamento da diabetes com tónica no pé diabético, disponíveis e em função;
5. Acesso gratuito ao medicamento dos doentes mais carenciados garantido
6. Cartão de diabético para identificação e facilitação de tratamento especializado distribuído.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS, DGF, GEPC, Delegacias de Saúde, Hospitais;
2. Parceiros a nível nacional: Cruz Vermelha, ONGs, INE, Associação de diabéticos;
3. Cooperação Internacional: Cooperação bilateral, OMS, OOAS.

Indicadores de avaliação

49_____

[17] – Metformina, Insulina e consumíveis

[18] – Incluindo consulta de oftalmologia [retinopatia diabética]; pé diabético; etc.]

1. Taxas de Incidência e Prevalência da doença e das suas complicações;
2. Operacionalidade do banco de dados;
3. Estruturas que utilizam protocolos de diagnóstico e tratamento;
4. Número de profissionais envolvidos no tratamento da doença;
5. Número de cartões de diabético distribuídos e em uso.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios de actividades das Delegacias de Saúde;
2. Fichas de registo e acompanhamento de diabéticos nas Delegacias de Saúde
3. Relatório de actividades do Centro de atendimento de diabéticos da Cruz Vermelha;
4. Relatórios de supervisão das Delegacias de Saúde;
5. Relatórios de actividades do Programa de DNT.

Sustentabilidade/Pontos Fortes e Fracos

Pontos fortes

1. Existência de consultas de diabéticos nos Centros de Saúde;
2. Programa da Cruz Vermelha de Cabo Verde de seguimento dos diabéticos;
3. Medicamentos gratuitos a doentes carenciados;
4. Inquérito STEP realizado.

Pontos fracos

1. Ausência de rastreio regular na população e nos grupos de risco;
4. Dificuldades financeiras para aquisição de equipamentos de diagnóstico e tratamento da doença e das complicações;
2. Custos elevados dos aparelhos de auto-controlo, dos medicamentos e consumíveis.

Condicionantes ambientais

1. Hábitos sedentários;
2. Hábitos alimentares com tendência para o excesso;
3. Pobreza de franjas importantes da população.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 10: Prevenção e Tratamento das Doenças da Nutrição

Situação actual

A nutrição, em Cabo Verde, reveste-se de particular importância, atendendo, designadamente, à vulnerabilidade do país relativamente à produção de alimentos e sua dependência face ao exterior nesta matéria.

Desde a independência que se desenvolveram intervenções orientadas para a prevenção e tratamento da malnutrição e das carências em micronutrientes. Elas incidiram nomeadamente na vigilância do estado nutricional das crianças e grávidas, na sensibilização das mães com ênfase sobre o aleitamento materno exclusivo e prolongado, na distribuição de refeições quentes nas escolas, na suplementação com ferro e vitamina A e na iodação do sal. A Iniciativa de Hospitais amigos da criança encontra-se implementada em três dos cinco hospitais existentes no país.

A situação actual da nutrição em Cabo Verde é caracterizada por uma fase de transição epidemiológica denominada como “o duplo fardo da malnutrição”, onde se encontram doenças de malnutrição por carência e por excesso.

Vários estudos relativos à prevalência da malnutrição, realizados no país revelaram uma predominância da malnutrição crónica, e um aumento de frequência da forma aguda. A malnutrição crónica em menores de 5 anos evoluiu de 16,2% em 1994 [19] para 15% em 2006 [20]. A malnutrição aguda aumentou de 5,6% em 1994 para 7% em 2006.

Em 1996 um estudo referente à carência de iodo em crianças de idade entre 6 e 12 anos, revelou uma deficiência ligeira em todo o país e uma prevalência de bócio endémico da ordem dos 25,5% [21]. Outro estudo transversal em menores de 5 anos de idade, no mesmo ano, apontou para uma hipovitaminose A de cerca de 2% [22].

De acordo com os estudos realizados a anemia ferripriva em menores de 5 anos evoluiu de 70% em 1996 para 52,1% em 2005 [23], que enquanto nas grávidas passou de 42% [24] 43,2% no mesmo período.

Em relação ao aleitamento materno exclusivo, até à idade de 6 meses, os estudos mostram uma evolução significativa tendo passado de 38,9% e em 1998 para 59,6% em 2005 (IDSR II) [25].

Falando-se da malnutrição por excesso dados de 2004 apontam uma prevalência de sobrepeso de 24% e de obesidade de 7% nos meios urbanos, com especial incidência na Praia Urbana. Entre os executivos, técnicos superiores e oficiais das forças armadas a taxa é de 35%; nos indivíduos com idade compreendida entre 50 e 60 ela ronda os 15%. A malnutrição por excesso é um factor de risco da HTA e da Diabetes, e consequentemente das doenças cardiovasculares.

Durante a implementação do PNDS, deve manter-se o acompanhamento atento da evolução da situação nutricional da população com ênfase nos grupos mais vulneráveis, reforçar a comunicação

[19] – A saúde das crianças menores de cinco anos em C. Verde. Estudo epidemiológico. M. da Saúde e Promoção Social/UNICEF. 1996

[20] – Questionário Unificado dos Indicadores Básicos de Bem-Estar de Cabo Verde [QUIBB] 2006. Situação nutricional. INE Praia Junho/Julho 2006

[21] – Enquête nationale sur la carence en iode et la consommation du sel au Cap Vert. MSPS/OMS. Septembre 1996

[22] – A caracterização da deficiência da vitamina A e da anemia em crianças pré-escolares em cabo Verde. MSPS/UNICEF. 1996

[23] – Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva II. MS/INE. 2005

[24] – Carência de Ferro em mulheres grávidas. MSPS/UNICEF. 1992

[25] – Dec-Lei 54/2004 de 27 Dezº que define normas sobre comercialização, informação e controlo de qualidade dos produtos destinados à alimentação do lactente e de crianças pequenas. Dec.Reg. 1/2005 de 17 Janº que regulamenta as formas de publicidade e promoção de produtos destinados à alimentação infantil

para promoção de hábitos de vida saudáveis e as intervenções de prevenção e controlo da malnutrição e das carências em micronutrientes.

Estratégias operacionais

1. Sensibilização da população sobre a problemática da malnutrição por excesso ou por carência;
2. Integração dos cuidados relativos à nutrição nos cuidados essenciais de saúde em todos os níveis de atenção de saúde;
3. Reforço da distribuição de micronutrientes e alargamento dos grupos beneficiários.

Metas

1. A partir de 2009, a estratégia de promoção da saúde do sector, deve incluir sistematicamente a problemática de regimes alimentares apropriados e modos de vida sãos;
2. Até 2011 eliminar os distúrbios devidos à carência de iodo no seio da população;
3. Reduzir em 50% a prevalência da anemia nas grávidas e em menores de 5 anos, até 2011;
4. Reduzir de 30% a prevalência da anemia nos alunos do Ensino Básico Integrado, até 2011;
5. Eliminar a hipovitaminose A entre os menores de 5 anos até 2011;
6. Fazer aderir todos os estabelecimentos de saúde com internamento à Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a partir de 2009;
7. Garantir que todos os produtos destinados a alimentação de crianças menores de 30 meses, comercializados no país, cumpram a partir de 2008, com a legislação em vigor na matéria;

Actividades/Intervenções

1. Seleccionar e aprovar indicadores e métodos para o seguimento dos problemas ligados à nutrição;
2. Criar um banco de dados sobre a situação nutricional;
3. Realizar campanhas nacionais de promoção de práticas alimentares e de estilos de vida saudáveis (DM, HTA, Obesidade, doenças cardíacas, cárie dentária, entre outros);
4. Reforçar as capacidades de inspecção, fiscalização e controlo da qualidade do sal iodado;
5. Manter a distribuição de sais ferrosos, ácido fólico e vitamina A para populações específicas;
6. Sensibilizar as entidades oficiais e a sociedade civil sobre o reforço da farinha de trigo em Ferro Acido. Fólico e dinamizar a sua implementação;
7. Reforçar a implementação da iniciativa “Hospital Amigo da criança”;
8. Divulgar activamente o Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno;
9. Proceder regularmente a campanhas de desparasitação das crianças.

Resultados esperados

1. Banco de dados sobre situação nutricional criado e funcional;
2. Zonas/grupos de risco de malnutrição calórico-proteica e de carências em micronutrientes, identificados e sob vigilância activa;
3. Programas de sensibilização sobre os diversos riscos ligados à nutrição definidos e implementados;
4. Programas de motivação para a adopção de estilos de vida saudáveis divulgados;
5. Diminuição da incidência das doenças por carência de iodo, de ferro e de vitamina A confirmada;
6. Todos os estabelecimentos de saúde com internamento implementando a iniciativa “Hospital Amigo da Criança”;

7. Taxa de aleitamento materno exclusivo aumentada;
8. Desparasitação regular das crianças seguida.

Organismos e Instituições

1. Ministério da Saúde: DGS/Programa de nutrição, DGF, Delegacias de Saúde, Hospitais, PNSR, Depósito de Medicamentos, Serviço de Epidemiologia, Programa de Doenças N. Transmissíveis e CNDS;
2. Parceiros a nível nacional: Min. da Educação, ICASE; Direcção Geral do Comercio, ARFA; DGAE,
3. Parceiros da Cooperação: JOM [UNICEF, UNFPA], OMS,

Indicadores de avaliação

1. Resultados de Estudos antropométricos;
2. Taxas de prevalência de sintomas/doenças por deficit de micronutrientes;
3. Número de campanhas de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis realizadas
4. Percentagem de empresas produtores informais que comercializam sal iodado de qualidade;
5. Percentagem de famílias que utilizam o sal iodado;
6. Percentagem da população específica suplementada com comprimidos de ferro, ácido fólico e vitamina A;
7. Taxa de cobertura de suplementação de ferro e ácido fólico nas grávidas;
8. Proporção de estabelecimentos de saúde com internamento considerados Amigos da Criança;
9. Evolução da prevalência do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios de Inspeção e supervisão do programa nacional de nutrição;
2. Relatórios de estudos antropométricos.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos:

Pontos fortes

1. Aprovação e implementação da legislação na matéria [CCSLM; iodação do sal];
2. Existência de um programa nacional de nutrição;
3. Parceiros, nacionais e internacionais, sensibilizados e disponíveis.

Pontos fracos

1. Deficiente estruturação e enquadramento do programa;
2. Recursos financeiros, administrativos e logísticos insuficientes para a realização das actividades;
3. Insuficiência de Técnicos qualificados;
4. Deficientes mecanismos de coordenação intra e intersectorial.

Condicionantes ambientais

1. Níveis elevados de pobreza;
2. Usos e costumes alimentares pouco saudáveis.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 11: Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos tumores malignos

Situação actual

Os tumores malignos, ou cancros, são a terceira causa de morte no país segundo dados do relatório estatístico de 2004, contando com cerca de 253 óbitos e a segunda causa de evacuação sanitária para o exterior.

Estima-se que, em Cabo Verde, os principais cancros são, na mulher, os da mama, do colo do útero, e no homem, os do tubo digestivo e da próstata. Embora sem dados fiáveis, presume-se que a baixa prevalência do tabagismo poderá justificar a fraca incidência do cancro do pulmão que é a principal causa de morte por cancro nos países desenvolvidos.

Desde 2004 apareceu a preocupação de serem criadas, no país, as condições possíveis de diagnóstico precoce das doenças tumorais e o seguimento dos casos com tratamento iniciado no exterior. Nesse contexto criou-se já um Serviço de Oncologia [Hospital-Dia] no Hospital Agostinho Neto e procedeu-se à revisão da Lista de Medicamentos essenciais para incluir os citostáticos. De notar que os meios de diagnóstico precoce são ainda incipientes assim como as medidas de prevenção.

De notar a criação em 2007 da Associação cabo-verdiana de luta contra o cancro.

Na vigência do PNDS serão privilegiadas as estratégias de prevenção e de diagnóstico precoce e a melhoria da qualidade de vida dos doentes em estado avançado.

Estratégias operacionais

1. Estudo epidemiológico dos principais tipos de cancro por sexo e idade;
2. Informação da população sobre os principais tipos de cancro que afectam cada sexo, seus factores de risco e predisponentes, e as medidas de prevenção e detecção precoce;
3. Adequação dos serviços de saúde para o rastreio dos principais tipos de cancro através de protocolos estabelecidos, recursos humanos capacitados e meios de diagnósticos adequados.

Metas

1. Conhecer a epidemiologia dos principais tipos de cancro, até finais de 2009;
2. Criar e implementar a partir de 2008 um registo nacional de doenças cancerígenas;
3. A partir de 2009, dotar os estabelecimentos de saúde pertinentes dos meios rastreio, diagnóstico precoce e tratamento dos principais tipos de cancro incluindo recursos humanos especializados;
4. A partir de 2009 disponibilizar e fazer aplicar protocolos de diagnóstico, tratamento e seguimento dos principais tipos de cancro;
5. Dispor, a partir de 2010, de uma unidade nacional de radioterapia;
6. A partir de 2009, os programas de promoção da saúde devem incluir sistematicamente a problemática da prevenção e de diagnóstico precoce dos tumores mais frequentes.

Actividades/Intervenções

1. Criar um registo nacional de doenças cancerosas;
2. Difundir programas de IEC nas escolas, comunidades e associações sobre os tumores;

3. Dotar os serviços de saúde, de acordo com a capacidade técnica respectiva, de meios para o rastreio e o diagnóstico precoce dos principais tipos de cancro, incluindo mamografia, endoscopia;
4. Formar sistematicamente sobre o auto-exame da mama, nos serviços de Saúde reprodutiva;
5. Promover uma maior colaboração com Centros estrangeiros de referência, para o diagnóstico e tratamento dos principais tipos de cancro;
6. Especializar profissionais de saúde de todas as categorias para responder às necessidades de resposta nesta matéria (clínicos, cirurgiões, ginecologistas e enfermeiros);
7. Criar uma Unidade de Radioterapia Nacional;
8. Elaborar e implementar protocolos de diagnóstico, tratamento e seguimento dos tumores mais frequentes;
9. Reforçar a parceria com outros ministérios para o controlo da entrada e distribuição de produtos tóxicos.

Resultados esperados

1. Existência de dados epidemiológicos sobre o cancro;
2. População mais bem informada sobre a prevenção e o diagnóstico precoce dos tumores mais frequentes;
3. Aumento do número de diagnósticos de cancro em fase precoce;
4. Auto-exame da mama generalizado entre as cabo-verdianas;
5. Melhor capacidade do tratamento dos principais tipos de cancro;
6. Protocolos de diagnóstico, tratamento e seguimento elaborados em concertação com Centros estrangeiros de referência;
7. Maior número de profissionais de saúde das diversas categorias especializados na gestão dos tumores;
8. Unidade de Radioterapia instalada em Cabo Verde.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS e Programa das Doenças n. Transmissíveis; PNSR; DGF; DGRHA; Hospitais; CNDS;
2. Parceiros Nacionais: Associação de Luta Contra o Cancro, Ordem dos Médicos, ARFA, INE, NOSI, Comunicação social;
3. Parceiros de Cooperação: OMS, IPO, Agência Internacional de Energia Atómica.

Indicadores de avaliação

1. Taxa de mortalidade e morbilidade por cancro;
2. Total de casos diagnosticados precocemente em relação ao total;
3. Número de profissionais especializados;
4. Proporção da população que conhece meios de prevenção e diagnóstico precoce dos tumores mais frequentes;
5. Protocolos desenvolvidos e aplicados.

Mecanismos de avaliação e seguimento

1. Relatório de Estatística do Ministério da Saúde;
2. Relatórios do banco de dados de registo do cancro;

3. Relatórios de rastreios sobre o cancro;
4. Relatórios de visitas de inspecção/supervisão aos diferentes níveis de atenção a saúde;
5. Relatórios de estudos realizados sobre o conhecimento relativo aos tumores malignos.

Sustentabilidade: Pontos Fortes Fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Crescente importância da opinião pública em relação ao cancro;
3. Existência de uma Associação para a luta contra o cancro ;
4. Existência de uma equipa multidisciplinar e do Hospital-Dia no HAN para o atendimento dos doentes;
5. Existência de protocolos de cooperação com centros de referência do exterior;
6. Meios diagnósticos existentes para a detecção precoce do cancro, embora insuficientes.

Pontos fracos

1. Dificuldades financeiras para fazer face às necessidades;
2. Insuficiência dos meios de diagnóstico e de tratamento;
- 3.

Condicionantes ambientais

1. Tabu ligado aos cancros genitais;
2. Insuficiência de meios adequados de drenagem para os produtos de quimioterapia (esgostos)
3. Risco de radiação.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 12: Reforço das medidas de Prevenção e Tratamento dos Traumatismos

Situação actual

Os traumatismos, constituem a quarta causa de óbito, em Cabo Verde, com uma taxa de 42 mortes por cada 100 000 habitantes em 2004 [26] incluindo mortes por acidentes de viação, por agressões físicas com arma branca e armas de fogo, acidentes de trabalho, acidentes domésticos, particularmente em crianças, e o afogamento.

De entre os factores predisponentes contam, sobretudo, o consumo de bebidas alcoólicas, outros estupefacientes e ainda o comportamento irresponsável no que concerne aos acidentes rodoviários. Os acidentes domésticos, geralmente em crianças deixadas sozinhas em casa, resultam de quedas, queimaduras e intoxicações.

O elevado número de mortes deve-se à falta de um sistema integrado de atendimento e tratamento às vítimas, com insuficiência de serviços de socorros, salientando-se a ausência de equipas de atendimento no terreno. Além disso, a população não está instruída quanto à atenção imediata a prestar ao traumatizado, sendo muitas vezes ela mesma a socorrer a vítima e a transportá-la aos serviços de saúde em condições inadequadas e, até mesmo, nocivas.

Destaca-se também o facto de os serviços de saúde não estarem equipados para o atendimento adequado do politraumatizado, conforme os regulamentos do ATLS [27]. Por exemplo, faltam protocolos de conduta imediata a seguir, material adequado de imobilização e ambulâncias devidamente aparelhadas para o transporte das vítimas. Quando o acidente ocorre nas ilhas periféricas, esbarra-se com a dificuldade de pronta evacuação, o que põe em risco a vida da vítima havendo ilhas onde não há sequer facilidades para o transporte aéreo.

Ainda não existe em Cabo Verde um estudo sobre a frequência real do traumatismo, seus condicionantes e factores de risco. Também não há protocolos estabelecidos para o atendimento.

O PNDS aparece como a oportunidade capaz de impulsionar estudos que visem conhecer os diferentes aspectos relacionados com a problemática do traumatismo e propor acções para a sua prevenção, condutas a seguir em termos de primeiros socorros e transportes, atendimento hospitalar e implicações jurídicas e sociais.

Estratégias operacionais

1. Estudo epidemiológico do traumatismo.
2. Campanhas de IEC sobre o trauma, visando os acidentes domésticos, acidentes de trabalho, acidentes de viação e violência;
3. Contribuição para a criação de um serviço nacional para o resgate, atendimento inicial e transporte das vítimas de traumatismos;
4. Elaboração de um protocolo nacional de atendimento às vítimas do trauma com acções para cada nível da pirâmide sanitária.
5. Formação/Reciclagem de profissionais de Saúde em matéria de atendimento atempado e seguro de vítimas de acidentes, nos diferentes níveis de atendimento do SNS.
6. Estabelecimento de protocolos com outras entidades com influenciam na problemática dos traumatismos.
7. Advocacia para o cumprimento rigoroso das leis.
8. Criação de condições para garantir a segurança nos locais de trabalho

[26] – Relatório estatístico 2004, GEP – MS, Cabo Verde

[27] – Advanced Trauma Life Support - guião internacional de atendimento e tratamento das vítimas de traumatismo, do American College of Surgeons

Metas

1. Até finais de 2009, ter um Banco de dados sobre os traumatismos;
2. A partir de 2009, ter criado parcerias/protocolos para o estabelecimento, em cada município/região, de um serviço e telefone grátis para resgate, atendimento inicial e transporte das vítimas de traumatismos;
3. Até finais de 2011, ter os meios para o atendimento de traumatizados nos diferentes escalões da pirâmide sanitária;
4. A partir de 2009, os programas de promoção da saúde devem incluir sistematicamente a problemática da prevenção dos traumatismos mais frequentes.

Actividades/Intervenções

1. Fazer estudos epidemiológicos sobre traumatismos
2. Realizar campanhas IEC sobre os acidentes principalmente os domésticos, rodoviários e de trabalho;
3. Fiscalizar, sistematicamente, as condições da segurança no trabalho;
4. Elaborar e implementar um Protocolo Nacional de Atendimento às vítimas de traumatismos graves;
5. Advogar e colaborar na criação de, em cada município, um serviço de resgate e transporte de vítimas de traumatismos graves;
6. Formar/Reciclar profissionais de saúde para o atendimento de vítimas de traumatismos graves (Paramédicos ou enfermeiros especializados, em cada município ou região [22]; Cirurgiões com experiência em traumatologia [1 em cada Hospital C e R] e enfermeiros especializados [2 em cada Hospital C e R]; Neurocirurgião [pelo menos 1 para o país])
7. Realizar cursos periódicos de ATLS para médicos e enfermeiros;
8. Dotar os serviços de saúde de recursos humanos, equipamentos e meios materiais para o atendimento das vítimas de traumatismos graves, adequado a cada nível de atendimento.

Resultados esperados

1. Dados epidemiológicos sobre os traumatismos conhecidos
2. População mais bem informada sobre a prevenção dos traumatismos;
3. Existência de um guião/protocolo nacional de atendimento ao politraumatizado;
4. Existência de um serviço nacional de resgate e transporte das vítimas de traumatismos graves;
5. Profissionais capacitados no atendimento de traumatismos em exercício no país;
6. Mortalidade específica por traumatismos reduzida.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS/Programa Doenças N. Transmissíveis; DGF; DGRHA; Hospitais; Delegacias de Saúde, CNDs;
2. Parceiros Nacionais: Ministérios da Administração Interna, da Justiça, da Defesa, do Trabalho, Ministério da Educação, ICM, Serviço Nacional de Protecção Civil, Bombeiros, Cruz Vermelha, TACV, Direcção Geral de Transportes Rodoviários, Aviação Civil, Instituto das Estradas, Câmaras Municipais, Ordem dos Médicos;
3. Parceiros Internacionais: OMS, formadores do ATLS.

Indicadores de Avaliação

1. Taxas de mortalidade e morbilidade relacionadas com os traumatismos;
2. Percentagem da população com conhecimentos sobre a prevenção dos acidentes;
3. Número de inspecções de segurança no trabalho;

4. Proporção de estruturas de saúde que utilizam o Protocolo Nacional de atendimento às Vítimas de Traumatismo grave;
5. Número de profissionais formados/reciclados no atendimento às vítimas de acidentes graves;
6. Número de Municípios com serviço de resgate e transporte de acidentados;
7. Instituições de Saúde preparados para o atendimento de vítimas de acidentes graves.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios de estudos sobre conhecimentos da população;
2. Relatório das visitas de inspecção realizadas;
3. Boletins de Estatísticas de Saúde;
4. Relatórios de actividades do serviço nacional de resgate e transporte;
5. Relatórios de actividades dos hospitais e outras estruturas de saúde;

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política
2. Existência do Serviço Nacional de Protecção civil, da Cruz vermelha e Bombeiros;
3. Existência de profissionais capacitados nos hospitais centrais, embora em número reduzido.

Pontos fracos

1. Dificuldades financeiras para fazer face às necessidades;
2. População mal informada sobre primeiros socorros e transporte de vítimas de acidentes graves;
3. Laxismo em matéria de cumprimento das regras de segurança rodoviária e no trabalho;
4. Negligência de familiares relativamente a crianças deixadas sozinhas em casa.

Condicionantes ambientais

Relevo acidentado;

Imperativos da insularidade dificultando as evacuações de urgência;

Insuficiência da rede de estradas de penetração para zonas de difícil acesso;

Pobreza de uma franja importante da população;

Trabalho infantil.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 13: Prevenção e Tratamento das Perturbações da Saúde Mental

Situação actual

Os distúrbios mentais representam cinco das principais causas de morbilidade no mundo e prevê-se até ao ano 2020 um aumento significativo da frequência dos mesmos nos países em desenvolvimento.

A comorbilidade entre as doenças não transmissíveis e as perturbações mentais é muito frequente. Estima-se que 1 em 4 pacientes atendidos nos estabelecimentos de Saúde, apresenta uma afecção do domínio da saúde mental que na maior parte das vezes não é tida em devida conta. É digno de nota o facto de grande número de pessoas que se suicidaram terem passado antes por uma estrutura de saúde. Daí a necessidade de se criarem as condições para a prestação de cuidados de saúde mental em todos os níveis da pirâmide sanitária

A importância da Saúde mental enquanto componente essencial do bem-estar do indivíduo e da comunidade tem sido sublinhada em diversas resoluções da Assembleia Mundial da Saúde, e do Comité Regional da OMS para a África, do Programa das Nações Unidas de Luta contra as Drogas [28] e da Assembleia Geral das Nações Unidas

Em Cabo Verde não se dispõe de dados regulares sobre a questão. O último levantamento estatístico e estudo epidemiológico dos transtornos mentais, data dos anos 1988/89, em que se estimava a sua prevalência em 4,3/1 000 habitantes quando o país tinha pouco mais de 337 000 habitantes [29]. Em 2006, as doenças mentais e os distúrbios de comportamento ocupavam o 8º lugar entre as causas de morte.

Sabe-se que mesmo nos países desenvolvidos, não há profissionais especializados para atenderem pacientes de distúrbios mentais em todos os escalões do serviço de saúde. Em Cabo Verde, os doentes portadores de perturbações mentais ou de comportamento são atendidos inicialmente nos Centros de saúde e daí encaminhados para uma avaliação especializada nos Hospitais Centrais, onde são, depois seguidos. Nos hospitais regionais há psicólogos que asseguram o acompanhamento clínico desse tipo de pacientes.

É nesse contexto, que se devem prever, no quadro do PNDS, as medidas e os meios adequados para melhorar em todos os níveis da pirâmide sanitária a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes portadores de perturbações de saúde mental.

Estratégias operacionais

1. Elaboração dum Plano Estratégico de Saúde Mental adequado ao país;
2. Integração nos cuidados essenciais de atenção primária e secundária, de actividades de prevenção, de diagnóstico, de tratamento e de acompanhamento de pacientes com perturbações mentais e de promoção da saúde mental, junto das famílias e da comunidade;
3. Desenvolvimento de Serviços de Psiquiatria para o atendimento especializado de nível secundário e terciário dos portadores de doenças mentais e de comportamento;
4. Promoção e incentivo para a criação de associações de apoio ao doente mental e à sua reinserção social.

Metas

1. Elaborar o Plano Estratégico da Saúde Mental (PESM) até final de 2008;
2. Implementar as directrizes do PESM a partir de 2009;

3. Estabelecer e realizar um programa de formação e capacitação dos profissionais de saúde ligados à saúde mental em todas as estruturas de saúde, a partir de 2009;
4. Pôr em prática parcerias com associações comunitárias e ONGs para o apoio social aos doentes mentais a partir de 2009

Actividades/Intervenções

1. Elaborar, divulgar e implementar o PESM;
2. Criar em todos os escalões da rede de prestação de cuidados de saúde as condições para o atendimento de pacientes com perturbações mentais;
3. Formar e recrutar profissionais do ramo: médicos psiquiátricos (1 para cada H. Regional e 2 em cada HC), psicólogos (4); terapeutas ocupacionais (1 em cada Hospital) e assistentes sociais (1 em cada Delegacia de Saúde);
4. Realizar programas de Promoção da saúde mental e de sensibilização das populações sobre a sua importância para o bem-estar dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
5. Estabelecer parcerias com a Solidariedade Social e Câmaras Municipais para o apoio aos doentes.
6. Dinamizar a rede de apoio familiar e social.

Resultados esperados

1. Ter o PESM pronto, validado e em processo de implementação;
2. Todos os escalões da pirâmide sanitária dotados de meios para o atendimento de Doentes mentais ;
3. Hospitais Centrais, Regionais e Delegacias de Saúde dotados dos meios humanos previstos para o atendimento de portadores de perturbações de Saúde mental (TO, AS, Psiquiatra, Psicólogo clínico)
4. População mais bem informada e consciencializada sobre a saúde mental e sua importância no bem-estar da família e das comunidades em geral;
5. Organizações da sociedade civil envolvidas na melhoria da problemática da saúde mental.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: PNSM, Delegacias de Saúde, Hospitais Centrais e Regionais; CNDS;
2. Parceiros nacionais: OMC; Câmaras Municipais, Solidariedade Social e Associações de apoio ao doente mental;
3. Parceiros a nível internacional: OMS e cooperação bilateral.

Indicadores de avaliação

1. Existência do PESM, e taxa de implementação;
2. Número de técnicos formados na área de SM e recrutados;
3. Proporção de estruturas com capacidade de atendimento, segundo o escalão, em Saúde mental;
4. Percentagem da população que conhece a importância da Saúde Mental no bem-estar das famílias e comunidades;
5. Número de associações envolvidas na problemática da SM

Mecanismos de seguimento e de avaliação

1. Relatórios de execução do plano;
2. Relatórios de actividades do PNSM;
3. Resultados de inquéritos sobre a percepção da população relativamente às doenças mentais;
4. Relatórios de supervisão sobre actividades de saúde mental.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos fortes

1. Vontade política para Institucionalização e implementação de actividades de saúde mental;
2. Existência duma equipa técnica nacional, embora insuficiente;
3. Existência de estruturas de referência (Extensão de Psiquiatria da Trindade do HAN R^a de Vinha);

Pontos fracos

1. Deficiente estruturação e enquadramento do programa;
2. Insuficiência de recursos humanos especializados;
3. Insuficiente integração da SM nas estruturas de atenção primária;
4. Insuficiente disponibilidade de recursos;

Condicionantes ambientais

1. Estigmatização “social” dos doentes mentais;

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 14: Participação na Luta contra o Alcoolismo

Situação actual

O alcoolismo, para além de ser um factor de risco para várias doenças crónicas e de estar, em muitos casos, directamente ligado a distúrbios mentais com uma componente depressiva, constitui um drama para a sociedade cabo-verdiana como se pode constatar pelas consequências, conhecidas embora não suficientemente quantificadas: i) mortes violentas e incapacidades por acidentes de trânsito ou por agressões; ii) violência doméstica; iii) absentismo e incapacidade para o trabalho, entre outras.

Dados do Inquérito sobre as Despesas Familiares em 2001/02 mostram que em Cabo Verde, as famílias reservam igual percentagem do seu orçamento quer para o consumo de bebidas alcoólicas como para as despesas para a saúde e que, comparativamente com as despesas da educação, a parte do orçamento familiar dedicado para as bebidas alcoólicas é mais do que o dobro.

Inquéritos realizados entre adolescentes [30] no ensino secundário, em 1998 em S. Vicente e outro em 2005, indicam, por um lado, que as drogas lícitas mais consumidas são o álcool, o tabaco e os tranquilizantes e por outro, que os alunos têm o primeiro contacto com o álcool em idades muito precoces [31]. Além disso, os internamentos relacionados com o consumo do álcool no Hospital psiquiátrico da Trindade, têm representado, nos últimos anos, mais de um terço dos doentes aí hospitalizados. [32]

Assim, para se contrariar o consumo abusivo do álcool, com início na adolescência, vão ser necessárias medidas de prevenção precoce, ainda na idade escolar, que poderiam traduzir-se, entre outras:

1. Na aplicação rigorosa da lei que proíbe a venda de bebidas alcoólicas entre os menores e a publicidade das mesmas [Lei nº. 271/V/97];
2. Na implementação do Plano de acção contra o alcoolismo, já formulado;
3. Na sensibilização da sociedade sobre a gravidade do risco e sobre a necessidade e possibilidades do combate ao alcoolismo.

É nesse contexto que se orientam as medidas preconizadas no PNDS, baseadas num melhor conhecimento da situação e com tónica na mobilização para adopção de comportamentos saudáveis, na sensibilização dos profissionais de saúde sobre a problemática do alcoolismo e no desenvolvimento de parcerias para o reforço das medidas de fiscalização e controlo relativos ao consumo do álcool.

Estratégias operacionais

1. Estudo epidemiológico do alcoolismo;
2. Revisão e implementação do Plano de acção contra o alcoolismo;
3. Programa de formação/sensibilização sobre a problemática do alcoolismo (escolas desde o nível do EBI, população em geral, empresas, etc.);
4. Melhoria das condições de atendimento das vítimas do alcoolismo nos estabelecimentos de saúde;

[30] – A Saúde e estilo de vida dos adolescentes cabo-verdianos frequentando o ensino secundário" de parceria entre o Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, a Faculdade da Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa e a Associação para a solidariedade e Desenvolvimento Zé Moniz

[31] – Projecto realizado pelo PNSM e CNDS, com apoio da OMS

[32] – Ano 2004: 191/385 casos, 49%; 2006: 119/318 casos – 37%

5. Participação na elaboração de medidas relativas à fiscalização e controlo de qualidade de bebidas alcoólicas incluindo em matéria de legislação;

Metas

1. Ter até 2011 um banco de dados sobre o alcoolismo;
2. Plano de Luta contra o Alcoolismo revisto e em vias de implementação a partir de 2009;
3. A partir de 2009 incluir no curriculum escolar do EBI, matérias sobre consumo de bebidas alcoólicas e suas consequências; em colaboração com o Ministério da Educação,
4. A partir de 2009 elaborar, com o Ministério da Educação, um programa de formação/sensibilização dos professores sobre a problemática do consumo do álcool;
5. Desenvolver um programa de formação/sensibilização dos profissionais de saúde na abordagem dos problemas ligados ao alcoolismo, a partir de 2009;
6. Criar nas estruturas de saúde, a partir de 2009, condições para um atendimento específico das pessoas afectadas pelo consumo do álcool;
7. Elaborar e implementar, a partir de 2009, um programa de sensibilização da população, relativamente às repercussões do consumo abusivo do álcool;
8. Promover junto da ARFA a assumpção da responsabilidade do Controlo da qualidade e da publicidade referentes às bebidas alcoólicas durante a vigência do plano.

Actividades

1. Realizar um estudo epidemiológico do alcoolismo;
2. Rever e actualizar o Plano de acção contra o alcoolismo;
3. Colaborar com o Ministério da Educação na elaboração de matérias alusivas à problemática do consumo do álcool nos compêndios do EBI;
4. Contribuir na capacitação dos professores das Escolas do EBI sobre matérias alusivas à problemática do consumo do álcool;
5. Formar/reciclar os profissionais de saúde no atendimento dos doentes do alcoolismo;
6. Criar nos serviços de saúde dos diferentes níveis, as condições para o atendimento adequado dos doentes do alcoolismo;
7. Elaborar e implementar programas de sensibilização das populações sobre matérias alusivas à problemática do consumo do álcool;
8. Dinamizar o funcionamento da Comissão interministerial sobre o combate ao alcoolismo;
9. Contribuir para melhorar o controlo da qualidade das bebidas alcoólicas, e a fiscalização regular do consumo do álcool;

Resultados esperados

1. Epidemiologia do alcoolismo, mais bem conhecida;
2. Plano de acção contra o alcoolismo actualizado e implementado;
3. Matérias sobre a problemática do consumo do álcool integradas nos curricula do EBI e ministradas;
4. Estabelecimentos de saúde dotados dos meios para um melhor atendimento das vítimas do alcoolismo;
5. População mais bem informada sobre a problemática do alcoolismo;
6. Controlo da qualidade e fiscalização de bebidas alcoólicas, assumidas pela ARFA.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS/PNSM/PDNT, DGRHA, DGF, Hospitais, Delegacias de Saúde, CNDS;
2. Parceiros Nacionais: Ministério da Educação, OMC, ARFA, Comissão Interministerial de luta contra o alcoolismo, Direcção Geral das Alfandegas, D. Geral da Agricultura, D. Geral do Comércio, D. Geral das Finanças e Contribuição, Comunicação social;
3. Cooperação: OMS, UNICEF, Cooperação bilateral

Indicadores de avaliação

1. Grau de implementação do Plano de acção contra o alcoolismo;
2. Textos sobre o alcoolismo, incluídos no Currículo do EBI;
3. Número de Professores do EBI formados sobre a problemática do alcoolismo;
4. Número de Profissionais de saúde formados/sensibilizados sobre a problemática do alcoolismo;
5. Proporção da população ao corrente dos riscos e consequências do consumo do álcool;
6. Taxas de prevalência do consumo de álcool por população específica;
7. Taxas de mortalidade e morbilidade relacionadas ao consumo de álcool;
8. Proporção de recipientes de produtos alcoólicos contendo advertência
9. Resultados de inquéritos sobre absentismo ligado ao alcoolismo nas empresas;
10. Número de reuniões da Comissão interministerial de combate ao alcoolismo realizadas.

Mecanismos de seguimento e avaliação

Compêndios escolares com textos relativos ao consumo do álcool;

Relatórios sobre o desempenho de professores do EBI relativamente à problemática do consumo do álcool;

Relatórios dos Grupos/Programas implicados na sensibilização;

Relatório Estatístico do Ministério da Saúde;

Relatórios de estudos realizados por outras entidades em matéria de consumo do álcool;

Actas das reuniões da Comissão interministerial de combate ao alcoolismo

Sustentabilidade: Pontos Fortes Fracos

Pontos Fortes

1. Vontade política
2. Legislação existente

Pontos Fracos

1. Ausência de estigma sobre o abuso de álcool;
2. Publicidade sobre bebidas alcoólicas pouco controlada;
3. Carga fiscal sobre bebidas alcoólicas pouco dissuasiva;
4. Fácil acesso aos produtos;
5. Deficiente aplicação da legislação relacionada com o consumo do álcool.

Condicionantes ambientais

1. Tolerância cultural
2. Pobreza

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 15: Participação na Luta contra o Tabagismo

Situação actual

O consumo do tabaco constitui a segunda mais frequente causa de morte no mundo, cerca de um em cada dez adultos de ambos sexos, representando 5 milhões de mortes cada ano segundo a OMS. Se os hábitos do consumo de tabaco continuarem sem alteração, a partir de 2025 as mortes imputadas ao tabaco ascenderão a 10 milhões cada ano. Metade dos actuais fumadores, estimados em 650 milhões, terá falecido nessa altura.

Não existe em Cabo Verde informação fidedigna alguma sobre a extensão real do fenómeno relacionado com o consumo do tabaco. No entanto espera-se para breve a publicação dos resultados do inquérito STEP sobre os factores de risco das doenças não transmissíveis entre os quais o tabagismo.

Presume-se que há uma tendência para o aumento do número de fumadores em ambos os géneros; sabe-se também, e sem possibilidade de se quantificar, que no meio urbano se consome mais o cigarro tipo ocidental, enquanto que no meio rural parece ser o consumo do tabaco produzido localmente o preferido, quer sob forma de cigarro, quer de charuto enrolado com as folhas da própria planta, quer ainda sob a forma de pó de tabaco puído, para cheirar ou pôr debaixo da língua ou no espaço gengivo-jugal. Parece raro, para não dizer excepcional, em Cabo Verde, o hábito de mascar tabaco.

Os únicos dados conhecidos, sobre o consumo do tabaco em Cabo Verde constam de dois inquéritos transversais entre adolescentes no ensino secundário [33] em que se revela que o consumo de tabaco entre os jovens rondava os 8,4%.

Na luta contra o tabagismo destaca-se uma lei de 1995 [34] em que se listam as condições de dissuasão e restrição do consumo de tabaco mas que não é suficientemente conhecida e cuja aplicação deixa a desejar. É de se assinalar também que Cabo Verde ratificou em 2006 a Convenção Quadro sobre o Controlo do Tabaco, da OMS, em que se apresenta um conjunto de medidas e imposições legais, tendentes a reduzir o consumo do tabaco e também a exposição dos não fumadores aos seus efeitos.

Essas medidas de protecção e de prevenção, segundo a OMS passam:

1. Pela criação de zonas 100% não fumadores, como a única estratégia eficaz para reduzir a exposição ao fumo do tabaco;
2. Pela elaboração e aplicação rigorosa de uma legislação exigindo que todos os espaços públicos, incluindo os locais de trabalho sejam “100% não fumadores”;
3. Pela implementação de programas de educação e sensibilização com vista a reduzir a exposição ao tabagismo passivo no seio da família

Nessa base, seria possível i) proteger os jovens proibindo a venda de cigarros a menores como previsto na Lei já mencionada; ii) proteger os não fumadores do tabagismo passivo, sobretudo as crianças, jovens e grávidas; iii) informar e educar as comunidades para participar/adoptar as medidas contra o consumo do tabaco.

[33] – “A Saúde e estilo de vida dos adolescentes cabo-verdianos frequentando o Ensino secundário” de parceria entre a Associação Zé Moniz e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa e Faculdade da Motricidade humana da Universidade Técnica de Lisboa. 2005

[34] – Lei n.º 119/IV/95 de 13 de Março, sobre “As condições de dissuasão e restrição do uso do tabaco em estabelecimentos e transportes públicos”

O PNDS poderia prever, nesta componente, as condições necessárias para promover essas directrizes assim como a aplicação efectiva das leis vigentes contra o tabagismo e ajustá-las aquando da revelação dos dados epidemiológicos sobre o tabagismo do inquérito em curso sobre as doenças não transmissíveis e os riscos que as condicionam.

Estratégias operacionais

1. Divulgação das leis vigentes, incluindo a Convenção quadro da OMS sobre o controlo do tabaco;
2. Participação na elaboração de medidas relativas à fiscalização e controlo da lei sobre dissuasão e restrição do consumo do tabaco e proibição de fumar em locais públicos;
3. Programa de formação/sensibilização sobre a problemática do tabagismo (escolas desde o nível do EBI, população em geral, empresas, etc.);
4. Elaboração e implementação de um plano de acção contra o tabagismo no âmbito da luta contra as Doenças não Transmissíveis;
5. Contribuição para a Implementação de estratégias eficazes e rigorosas contra o consumo do tabaco, incluindo o aumento dos impostos aplicados sobre o tabaco e seus derivados;

Metas

1. Plano de Luta contra o tabagismo elaborado e em vias de implementação a partir de 2009;
2. A partir de 2009 incluir no curriculum escolar do EBI, matérias sobre consumo de tabaco em colaboração com o Ministério da Educação,
3. A partir de 2009 elaborar, com o Ministério da Educação, um programa de formação/sensibilização dos professores sobre a problemática do tabagismo;
4. Contribuir, a partir de 2008, para uma melhor divulgação da legislação sobre o tabaco;
5. Contribuir para a generalização dos “Espaços 100% não fumadores” até 2010;
6. Completar até 2011 o leque de diplomas legais orientados para o combate ao tabagismo.

Actividades/Intervenções

1. Divulgar em todos os lugares públicos a legislação relativa à dissuasão e restrição do consumo de tabaco;
2. Colaborar com o Ministério da Educação na elaboração de matérias alusivas à problemática do tabagismo nos compêndios do EBI;
3. Contribuir na capacitação dos professores das Escolas do EBI sobre matérias alusivas à problemática do consumo do tabaco;
4. Promover nas organizações da sociedade civil, nas empresas, nas repartições públicas e nos estabelecimentos de ensino, a criação de “Espaços 100% não-fumador”;
5. Elaborar e implementar campanhas de sensibilização do público contra o tabagismo;
6. Levar a cabo, nas escolas, programas de informação/educação sobre os efeitos perversos do tabaco;

Resultados esperados

1. O público mais bem informado sobre as leis contra o tabagismo, e sobre os malefícios do tabaco;
2. Controlo e fiscalização da venda e publicidade relativas ao tabaco assumidos pelas autoridades competentes;
3. “Espaços 100% não fumador” aumentam progressivamente;
4. Matérias sobre a problemática do consumo do tabaco integradas nos curricula do EBI e ministradas;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS/PDNT, PNSM, Delegacias de Saúde, CNDS;
2. Parceiros internos: Ministérios da Administração Interna, Educação, DG. Indústria e Comércio. Ministério Público
3. Parceiros da Cooperação: OMS

Indicadores de avaliação

1. Grau de implementação do Plano de acção contra o tabagismo;
2. Textos sobre o tabagismo, incluídos no Currículo do EBI;
3. Número de Professores do EBI formados sobre a problemática do tabagismo;
4. Proporção da população ao corrente dos riscos e consequências do consumo do tabaco;
5. Taxas de prevalência do consumo de tabaco por população específica;
6. Proporção de embalagens de produtos tabágicos contendo advertência;
7. Numero de Espaços 100% não-fumador;
8. Evolução da publicidade sobre o tabaco em eventos públicos.

Mecanismos de seguimento e de avaliação

1. Compêndios escolares com textos relativos ao consumo do tabaco;
2. Relatórios sobre o desempenho de professores do EBI relativamente à problemática do consumo do tabaco;
3. Relatórios dos Grupos/Programas implicados na sensibilização;
4. Relatório Estatístico do Ministério da Saúde;
5. Relatórios de estudos realizados por outras entidades em matéria de consumo do tabaco;
6. Informação colhida junto dos órgãos competentes sobre a evolução da publicidade relativa ao tabaco

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos fortes

1. Existência de uma lei sobre dissuasão, restrição do consumo de tabaco e de proibição de fumar em espaços públicos;
2. Convenção Quadro da OMS ratificada;

Pontos fracos/ Factores de risco

1. Deficiente aplicação da legislação relacionada com o consumo do tabaco;
2. Propaganda permitida das indústrias de tabaco

Condicionantes ambientais

1. Importância económica da indústria do tabaco.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 16: Prevenção e Tratamento das Doenças Alérgicas

Situação actual

As doenças alérgicas têm vindo a aumentar tanto em termos da incidência e da prevalência como da gravidade. Actualmente causam quatro milhões de óbitos por ano em todo o mundo e prevê-se que dentro de 15 anos as doenças crónicas respiratórias sejam a quinta causa de morte.

O diagnóstico precoce e o início atempado dos cuidados adequados são imprescindíveis na redução da gravidade da doença, estando ainda o sucesso terapêutico directamente relacionado com a continuidade dos cuidados.

Em Cabo Verde, um estudo realizado em 1993 ^[35] revelou a prevalência da atopia entre 6% a 11,9% e de asma em torno de 11%, entre crianças de idade escolar, nas ilhas de Sal e São Vicente. Em 2006 foi realizado nas ilhas de S. Vicente e Santiago, um estudo sobre a prevalência das doenças respiratórias crónicas, entre as quais a asma, cujos resultados, ainda não publicados, permitirão uma visão mais completa e actual desta matéria.

No âmbito do PNDS devem ser previstas medidas de reforço das condições, incluindo a formação de especialistas e a criação de serviços específicos, para o diagnóstico, tratamento e seguimento das doenças alérgicas.

Dever-se-á prever também, uma maior sensibilização das populações sobre esta matéria assim como a realização regular de rastreios sobre a doença e seus principais factores de risco.

Estratégias operacionais

1. Melhoria do conhecimento relativamente à frequência das doenças alérgicas na população;
2. Integração nos cuidados essenciais de atenção primária e secundária de actividades preventivas e terapêuticas das doenças alérgicas;
3. Formação de mais especialistas em alergologia;
4. Sensibilização da população sobre a problemática das doenças alérgicas;
5. Facilitação do acesso aos medicamentos a grupos vulneráveis;
6. Missões periódicas de especialistas às estruturas periféricas.

Metas

1. Até 2011, ter um melhor conhecimento epidemiológico das principais doenças alérgicas;
2. Ter todas as estruturas de saúde capacitadas no atendimento de portadores de doenças alérgicas agudas e crónicas, a partir de 2009;
3. Formar até 2011 pelo menos mais 5 alergologistas [a recrutar 1 para cada um dos hospitais centrais e regionais];
4. A partir de 2009 regulamentar o acesso dos grupos vulneráveis, aos medicamentos específicos
5. Implementar, a partir de 2009, programas de sensibilização da população sobre as doenças alérgicas;

Actividades/Intervenções

1. Realizar estudos epidemiológicos sobre as doenças alérgicas no país;

76_____

^[35] – Epidemiologia das doenças alérgicas em Cabo Verde. Maria do Céu Teixeira. Maio 2005.

2. Formar/reciclar os profissionais de saúde sobre a conduta a seguir no atendimento de portadores e grupos de risco de doenças alérgicas;
3. Formar pelo menos 5 médicos especialistas em alergologia;
4. Realizar deslocações periódicas de especialistas às estruturas periféricas para supervisão e avaliação de doentes que requeiram cuidados específicos;
5. Adaptar a tabela de cuidados para garantir o acesso à medicação [preventiva e de crises da agudização] de grupos vulneráveis;
6. Elaborar e implementar, de forma sistemática, programas de sensibilização da população.

Resultados esperados

1. Perfil epidemiológico das doenças alérgicas conhecido;
2. Maior número de profissionais de saúde capacitados na abordagem de doentes alérgicos;
3. Novos especialistas formados;
4. Melhor controlo dos portadores de doenças alérgicas, com redução dos episódios de agudização, dos internamentos e das complicações;
5. Acesso a medicamentos específicos garantido aos doentes necessitados;
6. População mais bem informada sobre as doenças alérgicas.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS/PNDNT, DGF, DGRHA, GEPC, Hospitais, Delegacias de Saúde;
2. Parceiros internos: INE, OMC, INPS;
3. Parceiros internacionais: OMS, Cooperação bilateral.

Indicadores de avaliação

1. Proporção de estruturas com capacidade de atendimento, segundo o escalão, em doenças alérgicas;
2. Percentagem da população que conhece a importância das doenças alérgicas;
3. Disponibilidade de um banco de dados sobre doenças alérgicas;
4. Número de profissionais capacitados no atendimento de doentes alérgicos;
5. Número de especialistas em alergologia;
6. Número das visitas itinerantes de especialistas nas estruturas sanitárias periféricas;
7. Taxa de morbilidade e mortalidade específica por doenças alérgicas ;
8. Percentagem de doentes vulneráveis com acesso a medicamentos específicos .

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Acesso ao banco de dados e relatórios sobre a sua operacionalidade e actualidade;
2. Relatórios de actividades das Delegacias de Saúde e dos Hospitais;
3. Boletim Estatístico do Ministério da Saúde;
4. Relatórios de visitas itinerantes de especialistas nas estruturas sanitárias periféricas;
5. Relatórios anuais da DGF e DGS

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos fortes

1. Empenho de profissionais de saúde vocacionados para as doenças alérgicas, embora ainda em escasso número;
2. Lista Nacional de Medicamentos regularmente revista;
3. Cobertura alargada da Previdência social embora ainda sem incluir os vulneráveis;
4. Existência de um programa de cooperação com Portugal, na matéria .

Pontos fracos

1. Desconhecimento da população em geral sobre os factores desencadeantes e agravantes das doenças alérgicas;
2. Número insuficiente de profissionais com conhecimento na abordagem de doenças alérgicas;
3. Dificuldades financeiras para responder às necessidades;
4. Inexistência de um mapa polínico de Cabo Verde.

Condicionantes ambientais

1. Poluição ambiental incluindo a bruma seca;
2. Utilização de lenha dentro de casa;

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 17: Luta contra a Cegueira

Situação actual

A cegueira e a baixa visão constituem, em Cabo Verde, um problema de saúde pública pela morbilidade e impacto socioeconómico que tem. Os únicos dados fiáveis sobre a matéria encontram-se num inquérito transversal de prevalência, realizado em 1998, de acordo com os procedimentos da OMS e do INE, que revelou a existência de 3.080 cegos (0,76% da população) e 15.640 pessoas em risco, por uma baixa da visão bilateral ou mesmo perda de visão unilateral. Também se concluiu que a prevalência da cegueira na faixa etária dos 70-80 anos era 11 vezes maior do que a média nacional e 25 vezes superior a partir dos 80 anos [36].

A catarata dita senil, é a principal causa das mais frequentes – indicadas no parágrafo seguinte – deficiências visuais [37] em Cabo Verde [57,7% da cegueira bilateral; 48,2% de baixa de visão bilateral; 42,1% de perda de visão unilateral]. Segundo o estudo realizado, a prevalência estimada de catarata é de 2,5%, o que corresponde a cerca de 10 mil pessoas.

Pelo contrário, o glaucoma de ângulo aberto, doença assintomática nos seus estadios iniciais e de difícil despistagem na população geral, posiciona-se em segundo lugar, entre as causas da cegueira bilateral [15,4%], seguindo-se imediatamente, e com a mesma prevalência [7,7%], as opacidades não tracomatosa da córnea e as retinopatias vasculares. O tracoma, que nas décadas de 1940 e 1950, representou um importante problema de saúde pública, é hoje uma doença residual e nas suas formas menos incapacitantes.

Como realizações no âmbito do sector de luta contra a cegueira destacam-se: a formação de 3 Oftalmologistas e nove técnicos de nível médio de oftalmologia; o equipamento dos Serviços de Oftalmologia dos Hospitais Agostinho Neto na Praia e Baptista de Sousa em S. Vicente, incluindo condições suficientes para intervenções cirúrgicas, graças à ajuda da Fundação Calouste Gulbenkian.

No âmbito da parceria, o país conta com um projecto “Sight First” do Lions Clube da Praia, com fornecimento de equipamento cirúrgico e consumíveis, orientado essencialmente para a cirurgia da catarata, e despistagem de erros refractivos em crianças. Dentro do mesmo projecto foi criado um gabinete de oftalmologia na sede da ADVIC [Associação dos deficientes visuais de Cabo Verde], facilitando assim a descentralização do acesso aos cuidados.

É de se esperar que os casos de cegueira curável diminuam significativamente com uma melhor capacidade de intervenções cirúrgicas nomeadamente sobre a catarata e o glaucoma; com a formação de técnicos; melhor equipamento dos centros de Mindelo e de Praia; e maior sensibilização da população para a procura dos cuidados oftalmológicos.

Assim, os esforços do PNDS devem centrar-se na despistagem e tratamento da catarata, no tratamento do maior número possível de casos diagnosticados de glaucoma e no tratamento das retinopatias vasculares, particularmente de origem diabética. Para tal, é necessário reforçar as condições de assistência oftalmológica em geral.

Estratégias operacionais

1. Sensibilização sistemática da população para a prevenção da cegueira evitável;
2. Criação de um banco de dados;

80_____

[36] – Inquérito Nacional de Prevalência e causas de Deficiências Visuais. Monteiro, MLS, Inocêncio, F., Shemann, J-F. Ministério da Saúde. Divisão de Epidemiologia e Investigação. Praia 1998

[37] – Com exclusão dos erros de refacção

3. Integração em todos os níveis da rede sanitária das condições para o diagnóstico atempado de doenças oftalmológicas e seu tratamento ou encaminhamento para níveis pertinentes;
4. Despistagem precoce nas escolas do EBI de casos de baixa visão incluindo por erros de refração;
5. Colaboração com os parceiros pertinentes na criação das condições humanas, técnicas e materiais para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de deficiências visuais;
6. Advocacia para a inclusão dos portadores de glaucoma entre os doentes crónicos com acesso aos benefícios previstos na lei;
7. Formação de técnicos de diferentes categorias, nomeadamente de Oftalmologistas, Optometristas e Técnicos de Baixa visão;
8. Mobilização de recursos para a criação de um Centro de Oftalmologia de excelência no país.

Metas

1. Implementar, a partir de 2009, programas regulares de sensibilização sobre a problemática da cegueira;
2. Criar, a partir de 2008, e manter operacional, uma base de dados sobre as deficiências visuais prevalentes;
3. Organizar, a partir de 2008, a despistagem e o tratamento regulares de casos de baixa visão, nas escolas do EBI;
4. Garantir a partir de 2009, em todos os níveis da pirâmide sanitária, as condições necessárias para o diagnóstico atempado das doenças do foro oftalmológico;
5. Organizar e operacionalizar, a partir de 2009, a despistagem sistemática de casos de catarata, e o tratamento, de pelo menos 80 % dos casos de diagnosticados;
6. Organizar e operacionalizar até 2011, o diagnóstico sistemático da retinopatia diabética e de glaucoma, e tratar, pelo menos 50% dos portadores;
7. Criar até 2011 um Centro de Oftalmologia de excelência.

Actividades/Intervenções

1. Criar uma base de dados sobre as doenças oftalmológicas prevalentes no País;
2. Colaborar com o Programa de Saúde Escolar, para o rastreio sistemático e o tratamento atempado das deficiências visuais entre os alunos do Ensino Básico Integrado;
3. Realizar visitas periódicas de especialistas às Delegacias de saúde e os hospitais regionais;
4. Formar/Recrutar especialistas para os Hospitais Centrais [no mínimo 5 oftalmologistas em cada, 4 Optometristas, 2 Ortopistas e 4 técnicos para Baixa Visão];
5. Adquirir equipamentos adequados para o diagnóstico e tratamento do glaucoma e das retinopatias vasculares [laser, campímetro e angiógrafo];
6. Criar parcerias com ONGs e autoridades autárquicas para a aquisição medicamentos, óculos e outros dispositivos de compensação aos carenciados;
7. Criar parcerias para a concepção, desenho e financiamento do Centro de Oftalmologia de excelência.

Resultados esperados

1. Conhecimento actualizado das doenças oftalmológicas mais frequentes em Cabo e Verde;
2. Despistagem e tratamento de deficiências visuais garantidos entre as crianças do EBI;
3. Garantidos os atendimento correcto, diagnóstico, tratamento e a referência de situações de doenças do foro oftalmológico nos diferentes escalões da pirâmide sanitária;
4. Quadro técnico dos Serviços de Oftalmologia dos Hospitais Centrais reforçado;

5. Pelo menos 1000 intervenções cirúrgicas por ano por catarata e 110 doentes tratados por retinopatia diabética;
6. Assegurados os medicamentos, óculos e outros dispositivos aos doentes carenciados;
7. Centro Oftalmológico de Cabo Verde funcional.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS/PNLC, C. Saúde, Hospitais, Delegacias de Saúde;
2. Parceiros a nível interno: OMC, Lions Club, ADVIC, CBM, Igreja Jesus Cristo do 7º Dia;
3. Parceiros internacionais: OMS, OOAS; Lions Club Internacional.

Indicadores de avaliação

1. Disponibilidade do Banco de dados sobre a cegueira;
2. Número de técnicos formados;
3. Proporção de casos de catarata, glaucoma e retinopatias vasculares diagnosticados e tratados sobre o previsto;
4. Número de Carenciados portadores de deficiências oftalmológicas, beneficiários de assistência médica e medicamentosa privilegiada;
5. Número de Escolas do EBI beneficiárias de actividades de rastreio oftalmológico.

Mecanismos de avaliação

1. Acesso ao banco de dados e relatórios sobre a sua operacionalidade e actualidade;
2. Relatórios de actividades das Delegacias de Saúde e dos Hospitais;
3. Boletim Estatístico do Ministério da Saúde;
4. Relatórios de visitas itinerantes de especialistas nas estruturas sanitárias periféricas;
5. Relatórios anuais dos Serviços de Oftalmologia e as indicações dos progressos realizados nos diferentes escalões do sistema;
6. Relatório sobre o funcionamento dos Centros de atendimento dos portadores de deficiências visuais e grau de satisfação dos utentes;
7. Relatórios anuais do Programa de Saúde escolar.

Sustentabilidade: Pontos forte e fracos

Pontos fortes

1. Sensibilização crescente da população e frequente busca dos serviços de oftalmologia;
2. Número satisfatório de Oftalmologistas e outros profissionais do ramo, nos grandes Centros Urbanos ^[38];
3. Cobertura alargada da Previdência social embora ainda sem incluir os vulneráveis;
4. Cooperação com o Lion's Club de Cabo Verde;
5. Existência de um programa de cooperação bilateral com a Espanha.

Pontos fracos

1. Assistência deficiente aos portadores de doenças oculares nos estabelecimentos de nível secundário e primário da rede sanitária;

82_____

[³⁸] -Superior a 1/500.000 segundo OMS

2. Dificuldades financeiras para fazer face às necessidades;
3. Ausência de condições para o exercício em exclusividade dos especialistas nos estabelecimentos públicos.

Condicionantes ambientais

1. Pobreza de franja importante da população

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 18 - Organização da abordagem preventiva, de diagnóstico precoce e de tratamento dos problemas de saúde Buco-dentária

Situação actual

A Saúde Oral reflecte o bem-estar da cavidade oral, incluindo a dentição e as suas estruturas e tecidos de suporte. Traduz-se na ausência de doenças e por um óptimo funcionamento da boca e dos seus tecidos, garantindo um nível máximo de auto-estima.

Embora nem sempre impliquem perigo à vida, muitas das doenças orais não deixam de ser importantes problemas de saúde pública por causa da elevada prevalência, pela procura dos cuidados por parte da população, pelo impacto nos indivíduos e na sociedade em termos de dor, desconforto, limitações e deficiências sociais e funcionais, e pela sua influência na qualidade de vida. Tem além disso um elevado impacto financeiro nos indivíduos e nos sistemas nacionais de saúde.

Em Cabo Verde alguns estudos demonstraram uma elevada prevalência da cárie dentária principalmente entre a população escolar, mas para além da cárie dentária a prevalência das periodontopatias é elevada como também das afecções orais a seguir mencionadas:

1. As manifestações orais das doenças sistémicas incluindo as infecções pelo HIV;
2. Lesões pré-cancerosas e cancro da boca;
3. Traumatismo maxilofaciais decorrentes dos acidentes de viação e de lesões físicas;
4. Fluorose muito comum em pacientes da ilha Brava e algumas regiões de S. Nicolau e S. Antão.

Os profissionais de saúde oral, hoje em número significativo, estão principalmente em clínicas e consultórios privados em grande parte devido a causas financeiras.

Os equipamentos dentários existentes, alguns resultados de doações e importados de países mais desenvolvidos, frequentemente apresentam problemas de funcionamento por falta de manutenção local adequada.

Os instrumentos dentários são insuficientes e carecem de uma renovação frequente.

O abastecimento de materiais de consumo e medicamentos é irregular.

No que respeita à cobertura da população por cuidados de saúde oral encontra-se desequilibrada em desfavor da população rural e de algumas ilhas onde não existem clínicas privadas. O atendimento odontológico tem-se mostrado essencialmente emergencial e paliativo, proporcionando sobretudo alívio da dor e da sepsia, e só ocasionalmente outras formas de cuidados curativos.

Dado que a saúde oral é tão profundamente influenciada por muitos dos factores ambientais, que afectam a saúde em geral, uma política de saúde oral, para ser eficaz, deve ter em conta tanto as influências genéricas como as específicas. Assim deve privilegiar estratégias que:

1. Contribuam para a redução da pobreza e promoção da equidade;
2. Melhorem efectivamente o abastecimento de água potável, o saneamento adequado e habitações para todos;
3. Promovam a educação para a saúde, o combate ao consumo de tabaco e álcool e a promoção de práticas nutricionais correctas, incluindo o uso moderado do açúcar;

Estratégias operacionais

1. Priorização da promoção da saúde oral e da prevenção das doenças orais;
2. Integração da saúde oral noutros programas: (ex. formação de professores, educadores de infância e outros programas de responsabilidade na promoção de saúde);
3. Prestação de serviços básicos de saúde oral nos locais ou ilhas onde não existe cobertura por parte de clínicas ou consultórios;

4. Criação de sistemas eficazes de informação e investigação sobre a saúde oral;
5. Elaboração do plano estratégico nacional da saúde oral (PENSO);

Metas

1. A partir de 2010, os programas de saúde (materno e infantil, saúde escolar e nutrição) desenvolvem actividades de saúde oral;
2. A partir de 2010 os centros de saúde estarão minimamente equipados e com recursos humanos adequados à prestação dos cuidados básicos de saúde oral;
3. A partir de 2010, deve ser desenvolvido um sistema eficaz de informação sobre a saúde oral
4. Elaborar e implementar a partir de 2009 o Plano Estratégico Nacional de Saúde Oral com uma forte componente de promoção e prevenção;

Actividades / intervenções

1. Apoiar as delegacias de saúde na implementação dos planos de actividades de saúde oral;
2. Integrar a saúde oral nos programas para grupos vulneráveis e na formação de professores;
3. Colaborar com as escolas, Jardins-de-infância, creches, saúde materno e infantil e programa de nutrição na realização de actividades de promoção e prevenção de saúde oral;
4. Promover o fornecimento de níveis adequados de flúor através do abastecimento de água ou por outros métodos e a introdução do sistema de desfluorização da água nas áreas onde a fluorose seja endémica;
5. Dotar os centros de saúde com equipamentos e materiais dentários simples e adequados para o diagnóstico e tratamento das doenças mais comuns de saúde oral;
6. Implementar medidas eficazes de controle de infecção cruzada;
7. Dotar os centros de saúde com recursos humanos especializados (estomatologistas, cirurgiões dentistas, higienistas orais);
8. Criar e implementar um sistema de informação necessário ao planeamento, monitorização e avaliação das actividades de saúde oral;
9. Criar parcerias com outros departamentos governamentais, autarquias, organizações internacionais e ONGS para facilitar a implementação das estratégias e a mobilização de recursos;
10. Elaborar e implementar o Plano Estratégico Nacional de Saúde Oral.

Resultados esperados

1. Ter o PENSO, validado e em processo de implementação em 2009;
2. Existência de serviços de saúde oral adequados e operacionais nos centros de saúde;
3. População informada e consciencializada sobre a importância da saúde oral;
4. Escolas, jardins de infância e centros de saúde com saúde oral nas suas actividades;
5. Conhecimento actualizado sobre as doenças da boca e dos dentes em Cabo Verde, assim como as necessidades em termos de serviços curativos;

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Ministério de saúde: DGS / PNN /PNSR, CNDS, hospitais e delegacias de saúde;
2. Parceiros Nacionais: Ministério do Ambiente e Agricultura, Ministério da Educação (ICASE) e Instituto pedagógico. Autarquias; ONG;
3. Parceiros Internacionais: OMS, UNICEF, bilaterais.

Indicadores de Avaliação

1. Existência de PENSO e sua implementação;
2. Taxa da incidência das doenças da Boca e Índice CPOD (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados);
3. Percentagem de delegacias de saúde, com serviços de saúde oral adequados;
4. Percentagem de centros de saúde e de escolas e jardins de infância com saúde oral nos seus planos de actividades;
5. Nível de CAP de população relativamente à saúde oral;

Mecanismos de Avaliação

1. Relatório de execução do PENSO;
2. Relatório actividades das delegacias de saúde;
3. Relatório de supervisão das actividades a nível dos centros de saúde e delegacias;
4. Banco de dados e relatórios sobre informação de saúde oral;

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Pontos Fracos

Pontos Fortes

1. Consciencialização da população e a procura dos serviços curativos pela mesma;
2. Número satisfatório de cirurgiões-dentistas e estomatologistas;
3. Estratégias regionais e mundiais que favorecem a implementação do programa de saúde oral.

Pontos Fracos

1. Doentes vulneráveis não incluídos na previdência social;
2. Inexistência de um Plano Estratégico Nacional de Saúde Oral
3. Reduzido número de profissionais da saúde oral no serviço público;
4. Deficientes condições nas delegacias de saúde para executarem as actividades da saúde oral;
5. Fraca colaboração dos profissionais da área na promoção e prevenção da saúde oral;

Condicionantes Ambientais

Nível acentuado de pobreza

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

VII.1.2 SUBPROGRAMA: ATENÇÃO DE SAÚDE PARA GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Com este subprograma pretende-se equacionar os cuidados de saúde específicos a prestar a grupos alvos particulares da população como as crianças, os adolescentes, os adultos e os idosos de ambos os sexos a acrescentar aos cuidados gerais disponibilizados a todos os cidadãos, de maneira a responder a demandas que lhes tocam em especial.

O subprograma abrange muitos aspectos transversais, já previstos e equacionados em outros programas e subprogramas do PNDS, que não serão retomados aqui, para evitar duplicações. A análise em relação a cada grupo terá assim que separar, entre as intervenções em curso, aquelas com bons resultados e para os quais o esforço é de manter ou melhorar o nível de respostas atingido, das que não têm sucesso e serão objecto de inovação em função das causas identificadas.

Uma outra dimensão da questão diz respeito à identificação de novas intervenções prioritárias para a melhoria significativa da saúde desses grupos, e que constituem o cerne deste subprograma para os próximos quatro anos de implementação do PNDS.

O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, que desde 2001 substitui o da Protecção Materno-infantil/Planeamento familiar [PMI/PF] implantado desde 1977, constitui o suporte organizacional para a prestação de cuidados de saúde, sobretudo preventivos, às crianças e às mulheres em idade fértil e timidamente aos adolescentes e adultos masculinos. A ligação com as estruturas prestadoras de cuidados curativos e reabilitativos não é, contudo, suficiente para garantir a coordenação, a qualidade e a continuidade dos cuidados, apesar dos esforços envidados para se regulamentar as competências nessa matéria, e utiliza-las nos diferentes níveis de prestação de cuidados.

A nível da atenção primária, dos Centros de saúde em particular, é evidente a integração dos cuidados assumidos anteriormente, em exclusividade, pelos antigos serviços de PMI/PF. Já a nível do atendimento secundário a situação é mais problemática na medida em que persiste uma separação nítida entre os Centros regionais da Saúde Reprodutiva e os Hospitais regionais. É uma questão a resolver no âmbito das Regiões sanitárias.

Se as questões relativas às crianças menores de 5 anos estão cobertas para as crianças em idade escolar e antes da adolescência resta um hiato de cuidados específicos por preencher.

Quanto aos adolescentes será necessário definir uma estratégia mais abrangente, certamente ligada ao processo de formação, de transição e de afirmação a que estão sujeitos.

Em relação aos adultos há a distinguir **i)** As mulheres em idade de procriação para quem as intervenções feitas têm dado bons resultados, que devem ser mantidos; **ii)** Os homens na mesma faixa etária, para os quais não tem havido intervenções específicas como parte da procriação, mas que beneficiariam provavelmente dum programa sistemático de rastreio do cancro da próstata **iii)** Os jovens e adultos (18--59 anos) para quem é urgente dirigir informações sistemáticas e regulares de prevenção das doenças degenerativas como as cardiovasculares (obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo...), a infecção pelo VIH/SIDA, a IRC, o rastreio dos cancros do tubo digestivo e, **iv)** Ainda, para os idosos (> 60 anos) para quem será necessário continuar a dirigir as medidas preventivas mas sobretudo prever cuidados especiais para certas doenças identificadas e previsíveis.

Objectivo Geral

Contribuir para a melhoria da atenção específica de saúde a cada uma dos grupos específicos da população.

Objectivos específicos

1. Contribuir com cuidados específicos de saúde para a sobrevivência das crianças cabo-verdianas
2. Contribuir com cuidados específicos para a saúde dos adolescentes
3. Garantir cuidados de saúde reprodutiva às populações em idade fértil e no processo de procriação;
4. Prestar cuidados específicos aos idosos (> 60 anos)

Estratégias

1. Reforço da planificação e integração de prestações específicas de saúde, de qualidade, para grupos alvos particulares da população nos estabelecimentos dos diferentes níveis de atenção da pirâmide sanitária.

Sustentabilidade do Programa

Pontos fortes

1. A existência e a implementação com sucesso de actividades referentes à saúde de menores de cinco anos e de mulheres em idade de procriação;
2. Disponibilidade de apoio substancial, a nível internacional para apoiar as componentes de saúde infantil, materna e da mulher em idade fértil;
3. Vontade política para assegurar cuidados específicos a grupos alvos particulares.

Pontos fracos

1. Deficit gestonário na integração e operacionalização das actividades nos diferentes níveis;
2. Falta de estratégias relativas à saúde dos adolescentes, homens e idosos;

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 1: Prestação de Cuidados de Saúde para a sobrevivência da criança

Situação actual

Garantir a sobrevivência infantil em Cabo Verde é ainda um desafio. Apesar dos ganhos conseguidos nos últimos 30 anos no que respeita à assistência aos menores de cinco anos, deve reconhecer-se que os desafios persistem sobretudo relativamente à protecção e à promoção da saúde das crianças em idade escolar.

Os dados do Relatório Estatístico do Ministério da Saúde de 2006 indicam uma taxa de mortalidade infantil ainda elevada, de 24,9‰ nados vivos, com uma contribuição importante da mortalidade neonatal precoce de 12,2‰ nados vivos. A mortalidade perinatal é igualmente elevada, atingido 29,5‰ nascimentos. A taxa de mortalidade entre menores de 5 anos era de 28,7‰ nados vivos, prevalecendo como principais causas de mortalidade neste grupo etário as afecções perinatais (46,2%), as doenças infecciosas e parasitárias (18,4%), os traumatismos (6,7%) as afecções respiratórias (9,1%) e as anomalias congénitas com 5,6%.

Em relação ao aleitamento materno, os resultados dos inquéritos demográficos e de saúde reprodutiva [IDSR I em 1998, e IDSR II em 2005], indicam que a percentagem de crianças até 6 meses de idade sob amamentação exclusiva passou de 39% para 60%, com a duração mediana de 4,3 meses, em 2005. Tomando o aleitamento materno, na globalidade, a duração mediana passou de 13 meses em 1998 para 15,9 meses em 2005.

O Programa Alargado de Vacinação [PAV] tem sido uma componente importante para a sobrevivência da criança. Começou em Cabo Verde em 1977 integrado no programa PMI/PF, o qual foi convertido, a partir de 2001, no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva [PNSR]. Tem como objectivo alcançar uma cobertura vacinal de, pelo menos 90% das crianças menores de um ano protegendo-as contra a tuberculose, difteria, tétano, tosse convulsa, poliomielite, hepatite B e sarampo. Cabo Verde subscreve as iniciativas de erradicação da poliomielite, do controlo do sarampo e da eliminação do tétano neonatal. A vacina contra a hepatite B foi introduzida em 2002, prevendo-se para 2009 a introdução da vacina contra o *Hemophilus influenzae* B.

De acordo com os dados de rotina referentes ao ano 2006, a proporção de menores de 1 ano vacinados contra DTP3 (84,9%), Sarampo (76,7%) e completamente vacinados (73,6%), ainda inferiores aos níveis de 90%, estabelecidos no Plano Estratégico Plurianual do PAV.

De destacar que depois da última epidemia de Sarampo em 1997-1998 e de Poliomielite em 2000, têm-se desenvolvido Jornadas nacionais de vacinação complementar contra as mesmas.

A monitorização do crescimento e do desenvolvimento da criança é bem desempenhada pelo programa de SR. Na PNS preconiza-se a efectivação duma estratégia de atendimento integral às doenças da infância [AIDI], incluído no pacote de cuidados essenciais, [39] em todas as estruturas de saúde.

Não está estabelecido um programa integrado de actividades promocionais, preventivas, curativas ou de outra natureza para com as crianças de 5 anos ou mais, para além do Programa de Saúde escolar implementado pelo Ministério da Educação.

No contexto da implementação do PNDS, devem ser feitos esforços no sentido de melhorar o acompanhamento da gravidez, da assistência ao parto e pós-parto, com vista a reduzir o peso das afecções perinatais na mortalidade infantil; reforçar o PAV para melhorar os níveis de cobertura;

generalizar a estratégia de AIDI e dinamizar a parceria com o Ministério da Educação no tocante à implementação do Programa de Saúde escolar.

Estratégias operacionais

Criação de condições humanas, técnicas e materiais, em cada estrutura de saúde, para a prática duma *"atenção integrada às doenças da infância"*, AIDI adoptada pelo país, incluindo os cuidados neo-natais;

Reforço da capacidade de resposta do PAV incluindo a introdução de novas vacinas;

Garantia dum mecanismo eficaz de vigilância e resposta das doenças preveníveis por vacina, no quadro da vigilância integrada das doenças com potencial epidémico;

Reforço das actividades de IEC orientadas para a sobrevivência da criança;

Participação activa no programa de saúde escolar em parceria com o Ministério da Educação;

Metas

1. Alargar a todos os níveis da pirâmide sanitária até 2009 a atenção integrada às doenças da infância (AIDI), incluindo os cuidados neo-natais;
2. Atingir e manter uma cobertura vacinal de 90%, a nível nacional, a partir de 2009;
3. Ter, a partir de 2009, introduzido a vacina contra *Hemophilus influenzae* B;
4. A partir de 2009, ter uma participação efectiva do sector da saúde na implementação do Programa de Saúde escolar;
5. Atingir, em 2011, 75% de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.

Actividades/Intervenções

1. Expandir a atenção integrada às doenças da infância (AIDI) a todas as Delegacias de Saúde e Hospitais centrais e regionais com enfoque particular na componente dos 0-2 meses;
2. Reforçar a capacidade em matéria de gestão, dos responsáveis pela saúde infantil a todos os níveis incluindo o PAV;
3. Reforçar a capacidade de recolha, tratamento e circulação dos dados relativos à saúde infantil;
4. Rever/actualizar o Plano estratégico e plurianual do PAV incluindo aquisição das vacinas e material de vacinação, manutenção da cadeia de frio, normas e procedimentos;
5. Realizar de dois em dois anos, inquéritos de avaliação da cobertura vacinal;
6. Reforçar a vigilância activa do Sarampo, PFAs e TNN integrada no SNIS;
7. Criar as condições necessárias para a introdução da vacina contra *Hemophilus influenzae* B;
8. Realizar uma avaliação externa do PAV em 2009;
9. Elaborar e implementar o novo "Caderno de Saúde da Criança" com inclusão das novas vacinas;
10. Realizar actividades conducentes à expansão da amamentação exclusiva até aos 6 meses,
11. Criar as condições para a participação efectiva do Ministério da Saúde na implementação do Programa da saúde escolar;
12. Actualizar o caderno de Saúde Escolar em parceria com o Ministério da Educação;
13. Dinamizar as actividades de IEC orientadas para a sobrevivência da criança;

Resultados esperados

1. Cobertura vacinal mantida acima dos 90% dos menores de 5 anos;
2. Uma "AIDI" incluindo os cuidados neo-natais, implementada em todas as estruturas de saúde;

3. Vigilância activa do Sarampo, PFAs e TNN reforçada e inscrita no SNIS;
4. Amamentação exclusiva até aos seis meses de idade praticada pela maioria das mães;
5. Programa de saúde escolar implementado em parceria estreita com o Ministério da Educação.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS/PNSR, DGF, DGRHA/DGPOC, Serviço de epidemiologia, Delegacias de Saúde, Hospitais; CNDS
2. Parceiros a nível Nacional: Ministério de Educação [ICASE], INE, Autarquias; ONGs;
3. Parceiros da Cooperação internacional: Itália, Luxemburgo, OMS, JO (UNICEF, UNFPA)

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de estruturas de saúde que implementam a AIDI incluindo cuidados neo-natais;
2. Taxas de cobertura vacinal;
3. Prevalência da amamentação exclusiva até a idade de 6 meses;
4. Número de escolas com um programa de saúde escolar em implementação;
5. Numero e tipo de programas de IEC para a sobrevivência da criança e respectiva audiência;

Mecanismos de Seguimento e de avaliação

1. Relatórios de actividades de implementação da AIDI incluindo cuidados neo-natais;
2. Relatórios Estatísticos do PAV;
3. Inquéritos sobre a amamentação exclusiva;
4. Relatórios de actividade do Programa de saúde escolar;
5. Relatórios de actividades IEC.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva com experiência de intervenção na saúde da criança;
2. Existência de normas técnicas de vacinação editadas e difundidas;
3. Existência do Plano plurianual do PAV;
4. Aquisição de vacinas, e outros consumíveis, assegurada pelo Orçamento Geral do Estado;
5. Vigilância das doenças-alvo do PAV integrada no sistema nacional de vigilância das doenças;
6. Combinação das estratégias fixa, avançada e móvel na vacinação de rotina.

Pontos fracos

1. Número insuficiente, ainda, de quadros formados em cuidados neo-natais;
2. Fraco controlo das projecções da população-alvo das actividades do PAV;
3. Insuficiente formação em gestão e logística dos agentes do PAV;
4. Inexistência de um Comité de Coordenação Inter-agências (CCIA) para o PAV.

Condicionantes ambientais

1. Dependência externa do financiamento do Programa de Saúde reprodutiva;
2. Nível de instrução das famílias em geral ainda relativamente baixo.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 2: Prestação de cuidados específicos de saúde aos adolescentes

Situação actual

Os cuidados específicos de saúde respeitantes aos adolescentes são pouco desenvolvidos em Cabo Verde, incidindo sobretudo sobre a vertente reprodutiva.

O Inquérito Demográfico sobre Saúde reprodutiva [IDSR II] de 2005 aponta que “em cada 100 meninas dos 15 aos 19 anos de idade, 19 já engravidaram pelo menos uma vez”. Nesse ano de 2005 foram atendidos nos serviços de SR 155 casos de gravidez em menores de 15 anos e 1.352 entre os 15 e 17 anos de idade.

Preconiza-se para a saúde reprodutiva dos adolescentes as seguintes componentes: **i)** A maternidade sem risco; **ii)** A prevenção e atendimento do aborto e suas complicações; **iii)** A contracepção e prevenção da gravidez precoce e não desejada; **iv)** A prevenção e tratamento da infertilidade; **v)** A prevenção e tratamento dos cancros de mama, do colo do útero e da próstata; **vi)** A prevenção da violência física e sexual e o tratamento dos seus efeitos.

A Política Nacional de Saúde [PNS] preconiza o estabelecimento duma relação privilegiada com outros sectores estatais e organizações sociais da juventude, para uma programação conjunta de intervenções, através dos Centros da Juventude [40].

É assim que o PNDS oferece a oportunidade para se elaborar uma “estratégia da saúde dos adolescentes”, privilegiando a promoção da educação para adopção de comportamentos saudáveis e a criação de serviços para cuidados de saúde específicos a nível das estruturas, na sequência das orientações da PNS. Esta estratégia deve visar **i)** O alargamento da gama de acções de protecção e promoção da saúde do adolescente tendo em conta os riscos a que está sujeito; **ii)** A promoção e garantia dos direitos dos adolescentes em matéria de informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva; **iii)** Garantia ao acesso constante e pleno aos serviços específicos criados, e **iv)** A Integração da promoção da saúde nos programas de formação dos vários níveis escolares.

Estratégias operacionais

1. Definição e implementação de uma estratégia para a Saúde dos Adolescentes;
2. Reforço da integração de cuidados específicos para os adolescentes com ênfase na promoção de uma vida sexual e reprodutiva responsável;
3. Reforço dos programas de apoio aos adolescentes para a adopção de comportamentos saudáveis, em estreita articulação com os parceiros (educação, juventude, ONG, etc);
4. Desenvolvimento de parcerias nomeadamente com o sector da juventude para uma abordagem multisectorial das questões de saúde dos adolescentes;

Metas

1. Ter a partir de 2009, uma Estratégia para a Saúde dos Adolescentes;
2. Ter a partir de 2010, cuidados específicos de saúde para adolescentes integrados nas estruturas de saúde;
3. A partir de 2009, ter implementado programas de IEC para a adopção de comportamentos saudáveis para adolescentes;

4. A partir de 2009, ter assinado e em implementação, protocolos de parceria para abordagem multisectorial das questões de saúde dos adolescentes;

Actividades e Intervenções

1. Elaborar e implementar uma Estratégia para a Protecção e a Promoção da Saúde dos Adolescentes [41], incluindo a saúde sexual em colaboração com as instâncias governamentais responsáveis pela Juventude, o Ministério da Educação e instituições pertinentes da sociedade civil;
2. Contribuir junto do Ministério da Educação, na formulação de textos sobre saúde dos adolescentes, a incluir nos compêndios para o ensino primário e secundário;
3. Expandir nos estabelecimentos de saúde dos diferentes escalões, condições adequadas para responder a demandas específicas de saúde dos adolescentes (serviços amigos dos adolescentes);
4. Assinar e implementar protocolos de parceria para a abordagem das questões da saúde dos adolescentes.

Resultados esperados

1. Estratégia de Protecção e Promoção da Saúde dos Adolescentes elaborada, aprovada e implementada;
2. Compêndios escolares de ensino primário e secundário com textos referentes à saúde dos adolescentes;
3. Condições de atendimento a problemas específicos de saúde dos adolescentes disponíveis nos diferentes estabelecimentos sanitários;
4. Protocolos de parceria sobre saúde dos adolescentes assinados e em implementação.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS/PNSR; DGRHA/DGPOC; DGF; Delegacias de Saúde; Hospitais centrais e regionais; CNDS;
2. Parceiros internos: Departamento estatal da Juventude; Ministério da Educação; Organismos da Sociedade civil implicados nas actividades respeitantes à Juventude; ICCA;
3. Parceiros Internacionais: Cooperação bilateral, OMS; JO [UNICEF e UNFPA].

Indicadores de avaliação

1. Existência do documento da Estratégia de Protecção e Promoção da Saúde dos Adolescentes;
2. Curricula e compêndios escolares com textos sobre a saúde dos adolescentes;
3. Número de estabelecimentos de saúde com cuidados específicos para adolescentes;
4. Numero e tipo de programas de IEC para a saúde dos adolescentes e respectiva audiência;
5. Número de protocolos de parceria assinados.

Mecanismos de seguimento e de avaliação

1. Relatório de implementação da Estratégia de Protecção e Promoção da Saúde dos Adolescentes;

[41] – “A adolescência abrange pessoas de idade compreendida entre os 10 e 19 anos; jovens como sendo as pessoas de idade compreendida entre 15 e 24 anos; o termo juventude abrange os dois grupos etários. A adolescência propriamente dita é o período de maturidade física e social que se desenvolve entre a infância e a idade adulta” in [A saúde dos Adolescentes um desafio e uma esperança para África]. Escritório regional da OMS para África.

2. Compêndios escolares com textos sobre a saúde dos adolescentes publicados;
3. Relatórios dos estabelecimentos de saúde com referência sobre a saúde dos adolescentes;
4. Relatórios de actividades IEC;
5. Relatórios das actividades desenvolvidas em parceria com outros sectores.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes:

1. Vontade política de reforma do Estado e do sector da saúde em particular;
2. Existência da Política Nacional de Saúde;
3. Existência de uma instância estatal para a Juventude;
4. Existência de uma rede de estabelecimentos de saúde em três níveis de atendimento;
5. Número crescente de organizações/Associações de jovens
6. Espaços e mecanismos de acesso à informação, disponíveis

Pontos fracos

1. Constrangimentos previsíveis, mas ultrapassáveis, de concertação multisectorial;

Condicionantes ambientais

Sociedade cabo-verdiana em processo de transformação rápida

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 3: Prestação de cuidados de saúde reprodutiva às populações em idade fértil e no processo de procriação

Situação actual

A saúde reprodutiva compreende um vasto leque de vertentes, designadamente: **i)** A maternidade sem risco; **ii)** A prevenção e atendimento do aborto e suas complicações; **iii)** A contracepção e prevenção da gravidez precoce e não desejada; **iv)** A prevenção e tratamento da infertilidade; **v)** A prevenção e tratamento dos cancros da mama e do foro genital; **vi)** A prevenção da violência física e sexual e tratamento dos seus efeitos.

Os dados dos inquéritos demográficos e de saúde reprodutiva [IDSR I em 1998 e IDSR II em 2005] revelam uma melhoria significativa dos indicadores, embora se reconheça serem necessários esforços adicionais para se cumprir os objectivos da Conferência Internacional para o Desenvolvimento do Cairo, em 1994 [CIPD], e para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio em 2015.

Entre 1998 e 2005, a percentagem de mulheres que tiveram pelo menos 4 atendimentos na consulta pré-natal passou de 64% para 73%; a percentagem de grávidas que tiveram o parto assistido nas estruturas de saúde evoluiu de 55% para 78%. A prevalência do uso de métodos contraceptivos nas mulheres em idade fértil aumentou de 37% para 44%, enquanto a taxa de fecundidade total ou índice sintético de fecundidade, passou de 4 no ano de 2000 para 2.9 filhos por mulher em 2005. É de se assinalar ainda que a prevalência da anemia ferripriva entre as mulheres na fase reprodutiva da vida, rondava 30%, com maior incidência entre as adolescentes, que representavam mais de um terço dos casos.

Na esteira das orientações da PNS, uma estratégia de atenção integrada à saúde da mulher [AISM] está a ser implementada desde 2006 com base nas recomendações do estudo [42] realizado entre 2001 e 2002, cujo objectivo visava adequar as estruturas de saúde, a capacidade técnica e a produção de instrumentos para a melhoria da prestação de cuidados integrados da saúde da mulher.

Não se conseguiu sucesso algum no envolvimento dos homens nos serviços de saúde reprodutiva. Falta, ainda, uma estratégia para a integração efectiva de actividades dirigidas aos homens no Programa de Saúde Reprodutiva, como consultas sobre IST, PF e rastreio do cancro da próstata. As desenvolvidas até agora têm-se baseado em campanhas de IEC e na oferta do preservativo masculino.

Esta componente visa, além da prestação de cuidados de SR, planificar a organização e oferta de intervenções de carácter preventivo direccionadas para toda a população desde a tenra idade, para a redução da incidência de certas doenças na idade adulta, e consequentemente, na melhoria da qualidade de vida, e na redução, a longo prazo, das despesas para o SNS.

A melhoria da atenção à saúde reprodutiva das populações e o rastreio sistemático dos cancros do foro genital [da mama, do colo do útero e da próstata], constituirão portanto um dos grandes desafios no âmbito da implementação do PNDS.

Propõe-se, ainda o reforço da valência “maternidade segura” para uma melhoria da qualidade das respostas, oferecendo uma gama completa de serviços [43] integrada no pacote de cuidados essenciais e a utilização de tecnologias apropriadas na prestação dos cuidados, por pessoal competente.

Uma contribuição particular deverá ser dada à educação para a adopção de comportamentos saudáveis a desenvolver em parceria com outros sectores intervenientes.

[42] - «Aumento da qualidade de sistemas de saúde perante a gravidez e o parto baseado em evidência local e intervenções adaptadas»

[43] - Incluir no pacote essencial: consulta pré-natal, vacinação, cuidados obstétricos de urgência, assistência a partos, consulta pós-parto, cuidados ao recém-nascido; planeamento familiar; diagnóstico e tratamento precoce de problemas do foro ginecológico, nomeadamente a despiagem do cancro do colo do útero e da mama.

Estratégias operacionais

1. Inclusão da atenção integrada à saúde da mulher nos pacotes de cuidados essenciais dos diversos escalões da pirâmide sanitária;
2. Reforço em matéria de organização e atendimento nos serviços ligados ao seguimento da gravidez, do parto e do pós-parto nos Centros de saúde, e nos Hospitais regionais e centrais;
3. Reforço em matéria de organização e atendimento nos serviços de atenção aos adultos para a integração efectiva de consultas sobre IST, PF e rastreio do cancro da próstata;
4. Reforço da capacidade de mobilização para a mudança de comportamentos;
5. Criação de condições em cada nível da pirâmide sanitária, segundo a sua complexidade, para a realização descentralizada de rastreio de factores de risco e de situações de doença em geral.

Metas

1. Até 2011, oferecer uma atenção integrada à saúde da mulher (AISM) no pacote de cuidados essenciais em todas as estruturas de prestação de cuidados;
2. Promover, a partir de 2008, a implementação dos protocolos dos Cuidados obstétricos e neo-natais de Urgência [CONU], em todas as estruturas vocacionadas para a prestação de cuidados de parto, conforme os níveis;
3. A partir de 2009, desenvolver actividades regulares de promoção da saúde e de prevenção e luta contra os cancros da mama e do foro genital, incluindo um sistema nacional de rastreio;
4. Ter padronizado, a partir de 2009, nas consultas dos homens a atenção sobre as IST, o PF e o rastreio do cancro da próstata;
5. Desenvolver a partir de 2009, com o sector do ensino, conteúdos educacionais sobre a prevenção dos cancros da mama e do foro genital.

Actividades e Intervenções

1. Reforçar a implementação da AISM em todas as estruturas de prestação de cuidados;
2. Criar, as condições humanas, técnicas e materiais, necessárias à prestação dos CONU, adequados a cada nível, incluindo a elaboração dos respectivos protocolos;
3. Elaborar e implementar protocolos de atenção aos homens, relativos às IST, PF e rastreio do cancro da próstata;
4. Organizar com o CNDS programas e campanhas de informação sobre a atenção integrada à saúde da mulher, sobre a saúde do homem e sobre o rastreio e o diagnóstico precoce de cancros da mama e do foro genital;
5. Formar/reciclar os profissionais de saúde, para a implementação da AISM [caderno AISM, registo obstétrico e partograma] incluindo os CONU;
6. Formar/reciclar os profissionais de saúde, para a implementação dos protocolos de atenção aos homens, relativos às IST, PF e sobre a prevenção e rastreio dos cancros da mama e do foro genital;
7. Formar núcleos de formadores ao nível comunitário para a comunicação de proximidade sobre o rastreio e o diagnóstico precoce dos cancros da mama e do foro genital;
8. Organizar e realizar regularmente o rastreio dos cancros da mama e do foro genital [Ver componente 11 do Subprograma 1]

Resultados esperados

1. Estratégia da AISM/Maternidade segura reforçada e operacional a nível nacional;

2. Protocolo dos CONU implementado em todas as estruturas de atendimento à gravidez e ao parto;
3. População mobilizada e mais bem informada sobre a estratégia da AISM, sobre a prevenção e rastreio dos câncros da mama e do foro genital e sobre aspectos específicos da saúde do homem;
4. Profissionais da saúde capacitados sobre a AISM, sobre a prevenção e rastreio dos câncros da mama e do foro genital e sobre aspectos específicos da saúde do homem;

Organismos, instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS/PNSR; DGRHA/DGPOG; DGF; Delegacias de Saúde; Hospitais centrais e regionais; CNDS;
2. Parceiros internos: ONGs ; Comunicação social; Comissões municipais de Saúde;
3. Parceiros Internacionais: Cooperação bilateral, OMS; UNFPA.

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de estruturas de saúde com a estratégia de AISM incluindo os CONU;
2. Percentagem de estruturas de saúde que implementam os protocolos de atenção aos homens, relativos às IST, PF e sobre a prevenção e rastreio dos câncros da mama e do foro genital;
3. Número de profissionais de saúde formados/reciclados e em função;
4. Percentagem da população que conhece os factores de risco e meios de prevenção dos câncros da mama e do foro genital.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios de implementação/avaliação da AISM incluindo os CONU;
2. Relatórios de actividades do PNSR e dos serviços;
3. Relatórios de inquéritos sobre conhecimentos da população na matéria.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes:

1. Programa Nacional de Saúde reprodutiva implementado e com boa cobertura nacional;
2. Boa demanda dos Serviços de saúde;

Pontos fracos:

1. Mobilidade frequente dos gestores dos serviços, em geral;
2. Deficiente capacidade de gestão dos serviços;
3. Insuficiente integração ainda, das actividades de AISM, nos serviços de assistência à grávida e ao parto.

Condicionantes ambientais

Resistência dos homens em frequentar serviços de saúde reprodutiva.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 4: Prestação de cuidados específicos a maiores de 60 anos

Situação actual

A transição demográfica em curso aponta para uma cada vez maior frequência de pessoas com idades superiores aos 60 anos, estimada em 9% da população residente. A esperança de vida à nascença em Cabo Verde é hoje de 71 anos.

Esta tendência obriga a prever a organização meticulosa e a oferta generalizada de cuidados específicos para as necessidades dessas pessoas e contribuir para se manterem saudáveis, úteis à sociedade e ainda produtivas na medida do possível. Essa organização e oferta de cuidados devem prever condições físicas de acesso e de atendimento, tendo em conta as eventuais dificuldades ou mesmo deficiências dos pacientes.

As demandas específicas dos idosos têm a ver com a prevenção ou a redução dos efeitos de doenças crónicas e degenerativas próprias da longevidade, por um lado, assim como garantir, por outro, o máximo bem-estar possível à medida que a idade avança. Isso implica informar e educar as famílias e as comunidades, relativamente a actividades de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, e também garantir o controlo das mesmas, nas instituições sanitárias de preferência no nível primário de atendimento.

É essencial informar e convencer os indivíduos e respectivas famílias que as medidas de promoção da saúde e de prevenção da doença devem ser tomadas com a devida antecedência, num *“processo destinado a otimizar oportunidades para a saúde, a participação e a segurança de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que se envelhece”* [44]. É que as doenças da velhice podem conduzir à invalidez que, além do desconforto para os pacientes, torna-se onerosa, difícil de gerir para a família e a sociedade.

Não esquecer que *“o risco de ter uma doença crónica aumenta com a idade, não apenas por razões cronológicas em si, mas como resultado do acumular, ao longo da vida, dos factores de risco de doença, o que reforça a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença durante toda a vida”* [7].

Daí portanto a oportunidade do PNDS para se prever, organizar e oferecer cuidados específicos para o grupo etário em consideração, baseados essencialmente em medidas de prevenção atempada, pelo menos desde as idades produtivas e de tratamento oportuno e adequado no nível de atenção mais próximo do local de residência dos pacientes.

Estratégias operacionais

1. Criação, a nível primário, das condições físicas, humanas e técnicas para o atendimento dos idosos com tónica na promoção da saúde, na prevenção e tratamento precoce da doença, e no adiamento tanto quanto possível da invalidez;
2. Promoção da constituição de equipas sócio-sanitárias nos Centros de saúde para o atendimento dos idosos;
3. Sensibilização e mobilização da sociedade civil para assumir, a nível da família, da comunidade e do país em geral, a responsabilidade de contribuir para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Metas

1. Ter, a partir de 2009, profissionais de saúde de todas as categorias capacitados para o atendimento dos idosos;

2. Ter a partir de 2009, a maior parte das estruturas de atenção primária com meios humanos, técnicos, materiais e organizacionais para o atendimento adequado dos idosos;
3. Ter constituído até 2010, pelo menos nos Centros de saúde urbanos, equipas sócio-sanitárias de atendimento aos idosos;
4. Ter a partir de 2009, programas e campanhas regulares de sensibilização a nível nacional, municipal e comunitário sobre a problemática do idoso, em geral, e no domínio da sua saúde em particular.

Actividade e intervenções

1. Elaborar e implementar protocolos sobre os cuidados de saúde aos idosos;
2. Formar/reciclar profissionais de saúde sobre os protocolos de cuidados de saúde aos idosos;
3. Mobilizar parcerias para a constituição de equipas integradas de técnicos de saúde e sociais, em cada Centro de saúde, para a assistência sanitária/social ao idoso;
4. Mobilizar os recursos financeiros e técnicos necessários para a adequação dos Centros de Saúde a atender pacientes da terceira idade;
5. Organizar e implementar programas de sensibilização sobre a problemática do idoso e a promoção do seu bem-estar.

Resultados esperados

1. Condições físicas, humanas, técnicas criadas para a prevenção das doenças do idoso e para a redução ou o adiamento da invalidez na terceira idade;
2. Assistência sócio-sanitária específica ao idoso adequada e garantida pelo menos nos Centros de saúde urbanos;
3. Sociedade civil, a nível nacional, municipal e comunitário sensibilizada e envolvida em actividades para a melhoria da qualidade de vida do idoso.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

Ministério da Saúde: D.G.S/PDNT, DGF, DGRHA/DGPOC, CNDS; Delegacias de Saúde; Hospitais;

Parceiros a nível nacional: Consultórios privados; Ministério de Educação; ONGs; Autarquias;

Parceiros da Cooperação internacional: Bilateral, OMS e JONU;

Indicadores de avaliação

1. Número de profissionais de saúde capacitados para o atendimento dos idosos;
2. Número de Centros de Saúde condicionados para o atendimento de idosos;
3. Número de equipas sócio-sanitária criadas;
4. Comissões municipais de saúde, organizações da sociedade civil, de associações comunitárias com a problemática do idoso nas respectivas agendas de acção.

Mecanismos de avaliação

1. Programas de formação de profissionais de saúde sobre a problemática do idoso;
2. Relatórios de actividade das Delegacias de Saúde;
3. Relatórios de actividades das organizações da sociedade civil;

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes:

1. Existência da Política Nacional de Saúde e vontade política

2. Existência de uma rede de atendimento primário suficientemente larga com boa cobertura;

Pontos fracos:

1. Deficientes condições físicas, humanas e organizacionais na rede de estabelecimentos sanitários para o atendimento de pacientes da terceira idade;
2. Insuficiente sensibilidade ainda, na população e entre os profissionais de saúde, sobre as reais necessidades dos idosos em matéria de assistência sanitária específica;

Condicionantes ambientais

1. Nível de pobreza elevada na franja de idade em consideração

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

VII.1.3 SUBPROGRAMA: OPERACIONALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM CADA UM DOS NÍVEIS DA PIRÂMIDE SANITÁRIA

A missão primeira do Ministério da Saúde é gerir o Serviço Nacional de Saúde [SNS] para que este possa responder às necessidades de assistência sanitária dos cabo-verdianos, disponibilizada em cuidados de saúde prestados em todos os níveis da rede, escalonados segundo o grau de complexidade das situações de doença.

O SNS cresceu ao longo dos anos pós-independência, assegurou a disponibilidade de cuidados de saúde e atingiu um patamar razoável de qualidade. Entretanto o sector privado, vocacionado para constituir um complemento do serviço público, é ainda incipiente, reduzido a consultórios de clínica geral na sua maior parte, incapaz de oferecer o leque desejado de escolhas na prestação de cuidados às mais frequentes situações de doença no país.

As orientações estratégicas da Política Nacional de Saúde, em matéria de prestação de cuidados e oferta de serviços, prevêm três níveis de complexidade em que o terciário representa o mais diferenciado em capacidade técnica, dotação de tecnologia e possibilidades de intervenção.

A essência deste subprograma é definir e reter o conjunto "de cuidados essenciais", por níveis, a serem obrigatoriamente implantados no país nos próximos 4 anos para se traduzirem em melhorias significativas na qualidade e diversidade de cuidados a prestar. O desenvolvimento harmonioso e complementar dos três níveis assenta numa rede de cuidados primários a cobrir todo o país, numa rede de hospitais para aproximar os cuidados secundários das populações nos seus locais de residência e pela organização e diferenciação dos cuidados terciários para uma melhor resolução no país, dos problemas complexos de saúde, nomeadamente daqueles na origem das evacuações sanitárias.

Há distorções que diminuem a qualidade das respostas, condicionando a confiança da população em certas instituições de saúde e que carecem de ser resolvidas para melhorar o desempenho do SNS e tornar mais eficiente a utilização dos recursos. Por exemplo, a população da Praia e do Mindelo, correspondendo a ¼ dos cabo-verdianos residentes, e que vive à volta dos hospitais centrais, não é servida por uma rede adequada de estabelecimentos de atenção primária, o que a leva a procurar esses cuidados nos hospitais centrais.

Ainda, o horário de atendimento praticado nos Centros de saúde, principalmente naqueles localizados nos maiores aglomerados urbanos, não responde às urgências dos cabo-verdianos a partir das 15 horas e o quadro-tipo de pessoal nem sempre é completo. Mas também a ausência frequente dos equipamentos-tipo nos estabelecimentos duma mesma categoria da rede e o mau atendimento dos utentes por parte de alguns profissionais da saúde constituem outros tantos constrangimentos.

Os actuais hospitais regionais, por insuficiência de recursos, não têm capacidade para a prestação da gama de cuidados secundários desejada a esse nível, cuidados esses que são, assim, muitas vezes procurados nos hospitais centrais. Estes, por sua vez, têm pouca capacidade desenvolvida para prestar cuidados terciários e, uns e outros, estão assoberbados ainda pela prestação de cuidados primários.

O Sistema enfrenta agora o desafio de melhorar a qualidade e de adequar as respostas às necessidades expressas e sentidas pelos cabo-verdianos e por uma população flutuante ligada ao turismo, particularmente, e à imigração. Isso exige um desenvolvimento consequente do SNS de maneira a oferecer um leque mais vasto e diversificado de cuidados em resposta às mais frequentes situações de doença.

Objectivo geral

Alargar a acessibilidade e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados nos diferentes níveis da pirâmide sanitária.

Objectivos específicos/Componentes do Subprograma

1. Pôr a funcionar uma rede de Centros de Saúde, para uma resposta contínua, global e integral aos episódios de doença ou de risco, que assegure a cobertura da atenção primária a toda a população;
2. Criar regiões sanitárias para aproximar das populações a prestação de cuidados secundários;
3. Reforçar e alargar o leque de cuidados terciários para responder às necessidades complexas de saúde, nomeadamente as que são objecto de evacuações sanitárias;
4. Parceria público-privado.

Estratégias

1. Organização, com prioridade, duma rede de centros de saúde nos concelhos sede de hospitais, particularmente nas cidades da Praia e do Mindelo, para uma atenção primária de qualidade;
2. Integração no conjunto de cuidados de saúde de acções de vigilância sanitária, nutricional e do meio ambiente; de protecção e promoção da saúde; da assistência específica a grupos vulneráveis e da atenção à demanda espontânea;
3. Aumento da capacidade técnica e tecnológica dos hospitais;
4. Desenvolvimento de serviços nacionais prestadores de cuidados diferenciados para resposta aos agravos de saúde mais complexos;
5. Organização em rede do funcionamento e interligação dos níveis e estruturas.

Factores que favorecem

1. Vontade política;
2. Empenho dos profissionais de saúde;
3. Melhoria progressiva das comunicações e dos transportes;
4. Melhoria progressiva das infra-estruturas, equipamentos e recursos humanos;
5. Criação de Regiões Sanitárias.

Factores de risco

1. Recursos humanos, materiais e financeiros ainda insuficientes;
2. Resistência à mudança;
3. Insuficiência de normas e procedimentos e cumprimento inadequado dos mesmos;
4. Existência de programas verticais;
5. Hábitos de Administração centralizada e não partilhada;
6. Deficiente articulação com os parceiros nacionais do desenvolvimento sanitário;
7. Deficiente capacidade de mobilização das comunidades no envolvimento nas questões de saúde;

Custos e Fontes de Financiamento do Subprograma de Operacionalização da Atenção

Componente 1: Prestação da atenção primária, de base municipal

Situação actual

A Política Nacional de Saúde [PNS 2020], identifica como intervenção prioritária o reforço da atenção primária e define o nível municipal como a porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde, onde o Estado deverá implementar os princípios da cobertura universal e da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

A Delegacia de Saúde, instituição sanitária de âmbito municipal, é o órgão encarregue da organização e gestão dos recursos e da prestação de cuidados a esse nível. Dispõe de, pelo menos, um Centro de Saúde [CS] e de estruturas de nível infra municipal, o Posto Sanitário [PS] e a Unidade Sanitária de Base [USB], extensões dos CS, onde é prestado um conjunto de “cuidados essenciais e integrados” de atenção primária. Estes incluem a protecção e a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, e a recuperação da saúde, quer nas próprias instalações, quer através de deslocações de equipas às diversas comunidades e estruturas infra municipais ou, ainda, por referência aos outros níveis da pirâmide sanitária.

De notar no entanto a excessiva mobilidade do quadro dirigente das Delegacias de Saúde que impede a consolidação e continuidade do processo de gestão dos Serviços a esse nível com as consequências previsíveis. De registar ainda a imposição de um número fixo de pacientes na consulta externa numa boa parte dos estabelecimentos deste nível de atendimento e o horário único de serviço, entre as 08.00 e as 15.00 horas. A operacionalidade e eficácia deste nível, constituem a essência da reforma do sector, em termos de respostas básicas aos anseios da população.

As intervenções e acções, no quadro do PNDS, para tornar funcional uma atenção primária de prestação de cuidados de qualidade, incidirão sobre **i)** A reestruturação da rede de Centros de Saúde e a revisão das normas de funcionamento; **ii)** A actualização regular da Carta Sanitária; **iii)** A definição do conjunto de “cuidados primários essenciais”; **iv)** A dotação de recursos humanos, materiais e financeiros suficientes.

A operacionalidade dos Centros de Saúde será orientada para a implementação de actividades de protecção e promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença e reabilitação, incluindo o conjunto de cuidados primários essenciais, destacando-se os seguintes:

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Atendimento geral incluindo urgências; 2. Atendimento integral das doenças da infância [AIDI] incluindo o PAV; 3. Atenção integral à saúde da mulher [AISM] e à saúde reprodutiva; 4. Organização para assistência ao adolescente e ao idoso; 5. Organização para a Saúde do trabalhador; 6. Organização da assistência Buco-dentária; 7. Organização para a Saúde escolar; 8. Consultas itinerantes das especialidades de dermatologia, nutrição, ORL, oftalmologia e psicologia; | <ol style="list-style-type: none"> 9. Internamentos de curta duração nos centros de saúde não urbanos [45]; 10. Diagnostico, tratamento e seguimento das doenças não transmissíveis; 11. Diagnostico, tratamento e seguimento das doenças transmissíveis; 12. Serviços de reabilitação /fisioterapia; 13. Cuidados de enfermagem; 14. Meios complementares de diagnóstico de rotina; 15. Actividades de protecção e promoção da Saúde, e de informação, educação e comunicação [IEC] |
|--|---|

Por outro lado, as Delegacias de Saúde deverão assegurar os serviços de administração sanitária, designadamente de gestão de recursos humanos, financeiros e patrimoniais; de epidemiologia; de estatística; actividades de supervisão; valências de Medicina legal e de Farmácia.

Uma atenção particular será dada à organização e alargamento progressivo da rede de CS nos municípios ou ilhas que albergam os hospitais centrais ou regionais, para uma disponibilidade de atenção primária de qualidade, à semelhança dos restantes municípios.

Estratégias operacionais

1. Criação de condições para a fixação dos quadros dirigentes das Delegacias de Saúde;
2. Dotação de recursos necessários, incluindo o quadro-tipo de Profissionais de saúde, de Equipamentos e aparelhos, e os meios financeiros para o desempenho útil das diferentes instituições;
3. Definição e implementação das normas, regras e procedimentos legais [46];
4. Reorganização do funcionamento das estruturas sanitárias incluindo horários de trabalho;
5. Envolvimento das entidades municipais, da sociedade civil e dos órgãos desconcentrados do Estado [Comissões municipais de Saúde].

Metas

1. Até 2010, definir e publicar os incentivos de fixação dos quadros responsáveis das DS;
2. Dotar o país, até 2011, de uma rede operacional de Centros de Saúde que assegure a cobertura da atenção primária a toda a população residente (Pôr a funcionar na cidade da Praia uma rede de 5 CS a partir de 2009 e na cidade do Mindelo uma rede de 4 CS a partir de 2010);
3. Tornar funcional a ligação do nível primário com os outros níveis da pirâmide sanitária através de mecanismos de referência e contra-referência, a partir de 2008;
4. Rever e publicar, até 2009, os termos de referência dos diferentes tipos de estabelecimentos sanitários e os conteúdos funcionais dos diversos Profissionais de saúde e outros postos de trabalho;
5. A partir de 2009 ter as Comissões Municipais de Saúde operacionais;
6. Planificar até 2010, as redes de atenção primária para Assomada, Ribeira Grande de S. Antão e S. Felipe (2009); S. Nicolau; Sal; Boavista, Brava e Maio (2010).

Actividades/Intervenções

1. Fazer advocacia e mobilizar recursos para a fixação dos quadros responsáveis das Delegacias de Saúde;
2. Rever e fornecer o equipamento e consumíveis adequados dos Centros de Saúde e respectivas extensões;
3. Recrutar os elementos constituintes do quadro mínimo funcional de cada uma das estruturas de saúde de nível municipal;
4. Prever a dotar os Centros de Saúde e respectivas extensões duma verba orçamental para o seu funcionamento;
5. Rever e publicar as competências técnicas e administrativas a transferir para as Delegacias de Saúde;
6. Organizar reuniões regulares das Comissões Municipais de Saúde e implementar as respectivas recomendações;

112_____

[46] – Respeito das Funções atribuídas a cada Estrutura sanitária, dos Conteúdos funcionais dos diferentes cargos e dos Protocolos de diagnóstico e tratamento das doenças

7. Elaborar o Plano das redes de atenção primária para Assomada, Ribeira Grande de S. Antão, S. Felipe, S. Nicolau; Sal; Boavista, Brava e Maio.

Resultados esperados

1. Incentivos para fixação de quadros responsáveis das Delegacias de Saúde publicados e orçamentados;
2. Rede de Estabelecimentos de atenção primária cobrindo mais de 80% da população, operacional;
3. Conjunto de cuidados essenciais implementado em todos os municípios;
4. Qualidade de cuidados primários melhorada;
5. Normas, regras e procedimentos das estruturas de atenção primária publicados e implementados;
6. Comissões Municipais de Saúde funcionam regularmente;
7. Plano de redes de atenção primária para os diferentes concelhos elaborado;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS; DGRHA/DGPOC; DGF; Delegacias de Saúde;
2. Parceiros a nível nacional: MIT, Conselho Nacional de Saúde, Comissões municipais de Saúde; Câmaras municipais;
3. Parceiros internacionais: OMS; OOAS

Indicadores de avaliação

1. Número de Centros de Saúde com as condições mínimas para dispensar com qualidade, o conjunto essencial de cuidados;
2. Rede de Estabelecimentos de atenção primária, operacional na Praia e em São Vicente;
3. Número de Concelhos com o respectivo plano de rede de atenção primária elaborado;
4. Número de Comissões Municipais de Saúde operacionais;
5. Dados sobre a qualidade de cuidados.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios das Delegacias de Saúde;
2. Actas das Reuniões das Comissões municipais de Saúde;
3. Diplomas referentes às normas, regras e procedimentos;
4. Documentos dos Planos das redes de atenção primária;
5. Inquérito sobre a qualidade de cuidados.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos Fortes

1. Existência de orientações estratégicas [PNS];
2. Existência de uma rede de estabelecimentos vocacionados para os Cuidados Primários de Saúde, embora ainda incompleta;
3. Existência de Profissionais de saúde competentes, embora ainda em número insuficiente.

Pontos Fracos

1. Dificuldades financeiras para responder às necessidades;
2. Insuficiência de normas e procedimentos;
3. Deficiente aplicação das normas;
4. Ausência de Inspeção-geral de saúde.

Condicionantes ambientais

1. Resistência à inovação;
2. Deficit organizativo da Sociedade civil.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 2: Operacionalização da atenção secundária na Região sanitária

Situação actual

Existem insuficiências marcantes na oferta de cuidados secundários, actualmente prestados nos 3 hospitais regionais e nos 2 hospitais centrais. Essa situação deve-se, designadamente a:

1. Uma rede de atendimento de cuidados primários na Praia e Mindelo insuficiente para as necessidades;
2. Concentração de serviços complementares de diagnóstico nos HC e insuficiência de exames complementares de diagnóstico na maioria dos concelhos, obrigando o encaminhamento de número significativo de pacientes de cuidados primários para os hospitais centrais;
3. Existência de uma significativa demanda espontânea;
4. Estruturação deficiente do seguimento dos pacientes de doenças não transmissíveis nos diferentes níveis da pirâmide sanitária.

Segundo a PNS 2020, o nível regional agrupa e reorganiza estruturas sanitárias de municípios próximos ou localizados numa ilha, para reforçar o princípio da descentralização e prestar cuidados de atenção secundária e hospitalar a esse nível o que pressupõe a implementação de uma linha de intervenção voltada para a gestão e outra para a prestação de cuidados de saúde.

A função fundamental da região sanitária [RS] é, portanto, de oferta de cuidados hospitalares secundários numa gama maior e de melhor qualidade, em complementaridade à atenção primária. A RS faz assim a coordenação de um conjunto de unidades de saúde constituído por Centros de Saúde, do nível municipal, e pelo Hospital Regional, supra municipal, hierarquizadas em função da complexidade dos cuidados a prestar.

A Administração da região sanitária tem, na linha de gestão, um carácter predominantemente de coordenação e de materialização da descentralização do sistema de saúde, de reorientação do modelo assistencial prevalente e de busca de equilíbrio entre a atenção primária e a secundária.

Para a linha de prestação de cuidados na vigência do PNDS, o nível regional terá um patamar técnico suficiente para abordar com eficácia problemas de saúde mais complexos, do ponto de vista de diagnóstico, tratamento e seguimento, numa procura constante de equilíbrio entre recursos disponibilizados, racionalidade técnica e rentabilidade económica. Os Hospitais Regionais, reforçados nas suas capacidades técnica e tecnológica devem, tal como os Hospitais Centrais na sua vertente regional para os municípios onde estão instalados, garantir um conjunto de "cuidados secundários essenciais" nas seguintes áreas:

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Atendimento de referência e de contra-referência nos diversos domínios; 2. Atendimento permanente de urgência, incluindo, no mínimo, Cirurgia, Traumatologia, Oftalmologia, ORL e Saúde oral; 3. Internamento em medicina, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia; 4. Intervenções programadas de Cirurgia geral e de Traumatologia; 5. Cuidados de Saúde Buco-dentária; de Oftalmologia e de ORL; | <ol style="list-style-type: none"> 6. Serviço de transfusão sanguínea; 7. Exames complementares de diagnóstico e terapêutica: [Laboratório: - exames de rotina no local; Recolha para exames diferenciados -; RX - Ossos e Tórax - Ecografia]; 8. Referência para o nível terciário; 9. Dispensação de medicamentos para casos de urgência e de internamento; 10. Apoio técnico aos Centros de Saúde da Região Sanitária; |
|---|--|

11. Apoio em cuidados secundários e preventivos, aos programas de saúde da comunidade;

Em obediência à orientação estratégica estabelecida na PNS, a Rede Nacional de Laboratórios será reestruturada para comportar um ou mais Laboratórios de Referência, diferenciados, onde haverá concentração de recursos, para racionalização técnica e rentabilidade económica. Nesse quadro, os exames complementares de rotina, a realizar nos Hospitais regionais, e nos Centros de Saúde, serão objecto de uma lista a estabelecer.

Foi iniciado em 2007, o processo de implementação da Região Sanitária de Santiago Norte, que compreende as Delegacias de Saúde de Santa Catarina, Santa Cruz, São Lourenço do Órgãos, São Miguel, São Salvador do Mundo e Tarrafal, tendo o Hospital Regional de Achada Falcão como estrutura hospitalar de referência. A experiência ganha na implementação da RSSN servirá de base para a criação eventual de outras regiões, como apresentadas na proposta seguinte:

1. RS de Santiago Sul, tendo o HC Agostinho Neto como estrutura de referência para servir as Delegacias de Saúde da Praia, São Domingos, Ribeira Grande de Santiago e Ilha do Maio;
2. RS de Santo Antão para servir as Delegacias de Saúde de R^a Grande, Paúl e Porto Novo, tendo como estrutura de referência o HR João Morais;
3. RS de S. Vicente para servir as Delegacias de Saúde de S. Vicente, e de S. Nicolau, sendo o HC Baptista de Sousa a estrutura hospitalar de referência;
4. RS Fogo/Brava para servir as Delegacias de Saúde da ilha do Fogo e da Brava, com o HR de S. Filipe como estrutura hospitalar de referência;
5. RS de Sal/Boavista com o HR do Sal como estrutura de referência.

Estratégias operacionais

1. Criação de condições para a fixação dos técnicos nas regiões sanitárias e hospitais regionais;
2. Seguimento, avaliação e revisão dos instrumentos legais da RSSN para sua adaptação às regiões que se forem criando;
3. Dotação de recursos necessários, incluindo o quadro-tipo de profissionais de saúde e gestores, de equipamentos e aparelhos, e os meios financeiros para o desempenho útil das Regiões sanitárias e dos Hospitais Regionais;
4. Definição e implementação das normas, regras e procedimentos legais de funcionamento da Região sanitária e dos hospitais [47];
5. Implementação do conjunto de "cuidados primários e secundários essenciais" de forma complementar;
6. Definição e implementação duma estratégia de financiamento de um pacote essencial para a Região Sanitária [48].

Metas

1. Até 2010, definir e publicar os incentivos de fixação dos quadros dirigentes das Regiões sanitárias e Hospitais regionais;
2. Até finais de 2009, ter a RSSN plenamente operacional;

117_____

[47] – Respeito das Funções atribuídas a cada Estrutura sanitária, dos Conteúdos funcionais dos diferentes cargos e dos Protocolos de diagnóstico e tratamento das doenças

[48] – Definição e implementação de um sistema e circuito de financiamento que garanta a pontualidade e continuidade das acções de carácter promocional, preventivo, clínico ou de reabilitação, que permite e incentiva a comparticipação de todos conforme a sua condição financeira e sem a exclusão ou limitação do acesso aos usuários por questões exclusivamente económicas.

3. Até finais de 2009, ter os três Hospitais Regionais [Achada Falcão, Ribeira Grande e S. Felipe] dotados dos meios necessários [humanos, materiais, técnicos e financeiros] para o seu funcionamento;
4. Em 2009 ter um orçamento de funcionamento da RSSN aprovado e em execução;
5. Em de 2009, ter os diplomas legais dos hospitais e regiões sanitárias revistos/elaborados e publicados;
6. Até 2011 ter criado as restantes regiões sanitárias.

Actividades/Intervenções

1. Dotar cada HR de equipas:
 - Cirúrgica [Cirurgião com experiência em traumatologia; Obstetra, Técnico médio de anestesista; Enfermeiro instrumentista?]
 - Médica (Médico internista/generalista; Ginecologista, Pediatra)
 - Enfermagem (Especializada em medicina, pediatria, ginecologia e cuidados cirúrgicos)
 - Farmacêutica (Farmacêutico + Técnicos de farmácia)
 - Laboratório (Técnico superior + Técnicos Profissionais)
 - Radiologia/Ecografia (Técnico médio + Técnico profissional)
 - Administração (Administrador superior/médio Gestores)
 - Direcção (Director, director clínico ...)
2. Dotar os HR de equipamentos tipo;
3. Dotar os HR de recursos financeiros;
4. Fazer advocacia e mobilizar recursos para a fixação dos quadros dirigentes das Delegacias de Saúde;
5. Elaborar e implementar o orçamento de funcionamento da RSSN;
6. Monitorizar, avaliar e reajustar o processo de implementação da RSSN;
7. Rever/elaborar e publicar os diplomas legais relativos aos hospitais e regiões sanitárias a criar;

Resultados esperados

1. Incentivos para fixação de quadros dirigentes das Delegacias de Saúde publicados e orçamentados;
2. Hospitais regionais dotados das equipas-tipo, mínimas, de Medicina; Cirurgia; Ginecologia e Obstetrícia; Pediatria e de Enfermagem; Farmácia; Laboratório; Radiologia e de Administração para o exercício das suas funções;
3. Hospitais regionais equipados com os aparelhos e outro material tipo adequados às funções a exercer;
4. Hospitais regionais providos dos recursos financeiros necessários ao seu funcionamento;
5. Hospitais regionais e Centros de Saúde funcionando em rede com referências e contra-referências claras;
6. RSSN dotado de um orçamento de funcionamento suficiente;
7. Novas Regiões Sanitárias criadas.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS; DGRHA/DGPOG; DGF; RSSN e Hospitais; Delegacias de Saúde;
2. Parceiros a nível nacional: Comissões municipais de Saúde; Câmaras municipais;
3. Parceiros internacionais: OMS; OOAS

Indicadores de avaliação

1. Número de equipas-tipo constituídas e em função;
2. Dados relativos aos cuidados prestados;
3. Montante do Orçamento de funcionamento atribuído à RSSN.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios da Administração e Recursos humanos do Ministério;
2. Relatórios dos diferentes serviços dos Hospitais regionais;
3. Relatórios da RSSN;
4. Diplomas publicados.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos Fortes

Evidente engajamento político na reforma do SNS;
Engajamento de parceiros internacionais do desenvolvimento sanitário;
Existência de uma rede satisfatória de infra-estruturas de saúde;
Profissionais de saúde competentes, embora ainda pouco numerosos;
Profissionais em especialização no exterior;
RSSN institucionalizado e minimamente funcional.

Pontos Fracos

1. Carência de recursos humanos, materiais e equipamentos;
2. Dificuldades financeiras para responder às necessidades;
3. Acesso aos serviços e cuidados de saúde condicionado pela insularidade e orografia;
4. Inexistência de estímulos para fixação de profissionais fora dos dois principais centros urbanos do país.

Condicionantes ambientais

1. Resistência à descentralização;
2. Imperativos orçamentais
3. Insularidade, orografia e dispersão da população.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 3: Operacionalização da atenção terciária a nível nacional**Situação actual**

O panorama da atenção terciária do país indica avanços significativos nas seguintes áreas: oftalmologia, urologia, ortotraumatologia, cirurgia buco-maxilo-facial e ORL, onde as respostas dadas nos HC vêm permitindo soluções técnicas e atempadas. No entanto continuam ainda deficientes áreas como a cardiologia de intervenção e cirurgia cardíaca, a hemodiálise, a hemato-oncologia, a neurocirurgia, a cirurgia plástica e reconstrutiva e a dos cuidados intensivos.

A organização dos cuidados terciários de saúde é de âmbito nacional, baseada até aqui nos Hospitais Centrais Agostinho Neto [HAN], na cidade da Praia e Baptista de Sousa [HBS] no Mindelo, que têm assim uma função de referência nacional. A oferta dos cuidados terciários existentes e a existir na vigência da PNS, terá que evoluir em função das patologias mais frequentes; dos níveis de complexidade do agravo à saúde e das soluções a adoptar consoante disponibilidade de recursos.

Os Hospitais Centrais são institutos públicos de regime especial, dotados de órgãos, serviços e património próprios e gozam de autonomia administrativa e financeira [49]. Desenvolvem a sua actividade em articulação com os Serviços centrais do Ministério da Saúde e desempenham as suas atribuições em harmonia com os hospitais regionais e as delegacias de saúde.

O desenvolvimento dos cuidados terciários, pela abrangência nacional de que se revestem, terá que basear-se na complementaridade entre estas duas instituições e com eventuais outros pólos terciários públicos e privados que possam surgir no tecido nacional. É de se desejar e de se estimular, portanto, o surgimento no sector privado, de instituições de assistência hospitalar de cuidados terciários.

As evacuações médicas para tratamento no exterior constituem uma prestação de nível terciário à qual não foi dada uma resposta interna por se terem esgotado os recursos instalados no país. Como tal, devem ser cuidadosamente organizadas, paralelamente à instalação de novas capacidades em Cabo Verde que conduzam ao alargamento dos cuidados terciários para uma resposta designadamente a casos de insuficiência renal crónica, de oncologia, de neurocirurgia e de cirurgia cardiovascular que abonam a favor da criação, no país, de serviços especializados nestas áreas.

Assim, para incluir a oferta de cuidados terciários de qualidade no PNDS, vai ser necessário mobilizar recursos e vontades para uma resposta a essas situações que atingem já, um número significativo de cabo-verdianos exigindo, no curto prazo, a implantação dum serviço de hemodiálise, de um serviço de oncologia e de unidades de cuidados intensivos, com componente pediátrica, nos HC.

Para responder às crescentes necessidades de patologia traumática, nomeadamente resultantes de acidentes de viação, o esforço que se impõe é criar, nos hospitais, nomeadamente nos centrais, serviços de ortotraumatologia especializada em cirurgia da coluna e artroplastia. Estas situações traumáticas com lesões cranianas e da coluna, mas também outras condições de natureza congénita, obrigam ainda, à criação de um serviço de neurocirurgia no país.

O desenvolvimento dum centro de cardiologia intervencionista e de cirurgia cardiorácica justifica-se por as doenças cardiovasculares constituírem a principal causa de morbilidade e mortalidade no país e as cardiopatias congénitas e reumáticas constituírem a segunda causa da referência médica para o exterior.

A criação desses serviços, paralelamente ao reforço das medidas preventivas e de diagnóstico precoce das causas de doença, ampliará as capacidades do SNS na resposta e na qualidade da atenção prestada.

Estratégias operacionais

1. Revisão e implementação de protocolos de prevenção, de diagnóstico precoce e de tratamento das doenças prioritárias;
2. Especialização de profissionais nas áreas prioritárias para formar as equipas necessárias;
3. Reforço dos laboratórios dos HC para responder às necessidades dos novos serviços;
4. Disponibilidade dos medicamentos específicos para as doenças e suas complicações;
5. Criação progressiva de serviços para responder às situações mais complexas de doença (hemodiálise e transplante; cirurgia cardíaca, artroplastia; neurocirurgia, cirurgia da coluna, oncologia);
6. Criação nos Hospitais Centrais de unidades de cuidados intensivos com componente pediátrica;
7. Revisão dos protocolos de evacuação sanitária para o exterior e identificação de novos parceiros eventuais;
8. Promoção da investigação clínica.

Metas

1. Criar e pôr a funcionar um serviço de Hemodiálise no país, até 2009 [ver componente 8, subprograma1 Insuficiência Renal Crónica];
2. A partir de 2009, ter os pólos do Serviço de Oncologia no HAN e no HBS operacionais [Ver componente 11, do subprograma 1: Tumores malignos];
3. Criar e pôr a funcionar unidades de cuidados intensivos com valência pediátrica nos hospitais centrais até 2010;
4. Dotar os serviços de ortotraumatologia dos hospitais centrais de meios para a cirurgia da coluna e artroplastia até 2011;
5. Criar e pôr a funcionar um Serviço de Neurocirurgia num dos HC, até 2011;
6. Desenvolver um centro de cardiologia intervencionista e de cirurgia cardiorádica num dos HC até 2011;
7. Até 2010, dotar os laboratórios dos HC dos meios necessários para responder às novas demandas;
8. Ter revisto os protocolos das evacuações médicas para o exterior até 2010;
9. Ter formado e constituído, até 2011, as equipas mínimas de especialistas para o funcionamento dos novos serviços.
10. A partir de 2009 ter quadros nos HC empenhados na investigação clínica

Actividades/Intervenções

1. Criar as condições humanas, técnicas e financeiras para o funcionamento dos Serviços de Hemodiálise e de Oncologia [ver as componentes respectivas]
2. Criar as condições humanas, técnicas e financeiras para o funcionamento de unidades cuidados intensivos [UCI]; de Serviços de Cardiologia de intervenção e de cirurgia cardiorádica; de Neurocirurgia e dos serviços de ortotraumatologia com a especialidade em cirurgia de coluna e artroplastia;
3. Reforçar com os recursos humanos, materiais e financeiros, os laboratórios de análises dos HC para responder às necessidades dos novos serviços;
4. Organizar cursos regulares de iniciação à investigação clínica;
5. Elaborar protocolos de investigação e criar condições para a investigação clínica;
6. Identificar e assinar acordos de cooperação com equipas de cirurgia cardiovasculares estrangeiras;
7. Organizar visitas periódicas de especialistas estrangeiros aos 2 HC para assegurar o atendimento nas especialidades criadas;
8. Organizar a formação especializada no país e no exterior, de 6 Técnicos médios em:
 - a. Hemodiálise;

- b. Oncologia;
 - c. Cuidados Intensivos
 - d. Ortotraumatologia (cirurgia da coluna e artroplastia)
 - e. Fisioterapia;
9. Organizar a especialização de Médicos em:
- f. Ortotraumatologia - 6 - ;
 - g. Neurocirurgia - 2 -
 - h. Anestesiologia - 6 - ;
 - i. Cardiologia de intervenção em Centros de referência - 4 -
10. Organizar a especialização de Enfermeiros em:
- j. Ortotraumatologia (cirurgia da coluna e artroplastia) - 6 - ;
 - k. Instrumentistas - 6 - ;
 - l. Anestesiologia - 6 - ;

Resultados esperados

1. Novos serviços criados e operacionais nos HC [Hemodiálise, Oncologia; UCI, Ortotraumatologia com Cirurgia da Coluna e Artroplastia, Neurocirurgia, Cardiologia de intervenção e Cirurgia Cardiorádica];
2. Equipas mínimas de especialistas para os novos serviços, recrutados;
3. Laboratórios dos HC reforçados e operacionais;
4. Investigação clínica em implementação;
5. Protocolos de evacuação médica revistos e implementados;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS; DGRHA/DGPOC; DGF; Hospitais;
2. Parceiros a nível nacional: OMCV; UNICV; Ministério da Educação; INPS; INPHARMA;
3. Parceiros internacionais: Cooperação Brasil; Cuba; Portugal; OMS; OAS

Indicadores de avaliação

1. Numero e qualidade de Serviços reforçados/instalados e intervenções realizadas;
2. Profissionais das diferentes categorias especializados e em função;
3. Equipas estrangeiras em visita no país, por especialidades;
4. Protocolos de evacuação sanitária assinados;
5. Projectos de investigação realizados.

Mecanismos de seguimento e de avaliação

1. Relatórios dos serviços reforçados/criados;
2. Relatórios de desempenho dos profissionais formados;
3. Relatórios de visitas de equipas estrangeiras no país;
4. Relatórios respeitantes às evacuações sanitárias;
5. Investigação publicada.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos Fortes

1. Vontade política para melhorar a qualidade das prestações de saúde;
2. Crescimento e diversidade da capacidade de resposta do SNS

Pontos Fracos

1. Reduzido nº de pessoal de saúde especializado nas diversas áreas prioritárias;
2. Inexistência de possibilidades de especialização no país;
3. Custos da formação de especialistas;

Condicionantes ambientais

1. Dificuldades financeiras para responder às necessidades de criação de novos serviços.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 4: Parceria Público-privado

Situação actual

O sector privado da Saúde, vocacionado para constituir um complemento do Serviço público é ainda incipiente, reduzido quase que exclusivamente a consultórios de clínica geral, e incapaz de oferecer o leque desejado de escolhas na prestação de cuidados às situações mais frequentes de doença no país.

Constata-se hoje um fluxo importante de população ligado ao turismo, essencialmente, o que exige um desenvolvimento consequente do sector privado para o qual deverão ser criadas as condições necessárias.

A legislação vigente na matéria desde finais da década de oitenta, carece de revisão para a sua adequação às exigências actuais de transformação do país, em matéria de instalação de estabelecimentos privados e de acreditação de técnicos estrangeiros.

A capacidade de regulação, inspecção e de fiscalização das clínicas privadas pelo Ministério da Saúde tem-se revelado deficiente, a ponto de nem sequer se dispor de dados relativos ao número exacto de estabelecimentos privados de prestação de serviços, condições de funcionamento e notificação de doenças.

Na vigência do PNDS vai ser necessário envidar os esforços susceptíveis de corrigir a situação mencionada e, à luz da parceria prevista na lei de bases do Serviço Nacional da Saúde, criar incentivos para alargar a capacidade de intervenção do sector privado e garantir a complementaridade desejada entre os dois sectores.

Será necessário, nesse contexto, implementar a política de participação do sector privado na oferta e eventualmente, gestão de serviços, promovendo a qualidade e diversidade de cuidados em complementaridade com o sector público e na medida do possível, extensivo a todo o espaço nacional.

Estratégias operacionais

Revisão da legislação referente ao sector privado da saúde e correspondente aplicação;

Estabelecimento de parcerias/convénios para implementar serviços/cuidados de saúde;

Promoção de investimentos nacionais e estrangeiros no sector para a oferta de serviços, com as garantias necessárias.

Metas

Até 2009 ter feito a revisão e publicação da legislação relativa ao sector privado da saúde;

A partir de 2009, equacionar e assinar parcerias/convénios entre os sectores público e privado para a implementação de serviços/cuidados de saúde;

1. A partir de 2009, equacionar e assinar parcerias/convénios entre os sectores público e privado para a implementação de serviços/cuidados de saúde.
2. A partir de 2009, ter identificado e elaborado processos de promoção/incentivo para o investimento privado na saúde.

Actividades/Intervenções

1. Rever e publicar a legislação sobre o sector privado da saúde;

2. Debater e assinar convênios entre os sectores público e privado de acordo com as necessidades identificadas para cuidados a prestar;
3. Fazer a advocacia, junto de instituições vocacionadas, da necessidade de alargar e diversificar no sector privado, o leque de prestação de cuidados de saúde.

Resultados esperados

4. Legislação sobre o sector privado da saúde revisto e publicado;
5. Mobilizados os recursos necessários para o apoio à expansão do sector privado;
6. Convênios de prestação de serviços assinados entre os sectores públicos e privado;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da saúde: DGS, DGRHA/DGPOC, Hospitais; Delegacias de saúde;
2. Parceiros a nível nacional: OMC; INPS; Ministério das Finanças; Bancos; Representantes do Sector privado;

Indicadores de avaliação

- a. Parceiros internacionais empenhados: Banco Mundial, BAD e OMS
- b. Tipos de diplomas publicados;
- c. Numero de convênios assinados, por áreas.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Montantes mobilizados para o investimento no sector privado.
1. Boletins oficiais;
2. Relatórios do Ministério da Saúde
3. Actas de reuniões de concertação entre os sectores publico e privado;
4. Instrumento de transferência de fundos para a expansão do sector privado.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Compromisso assumido na Lei de Bases do SNS
2. Empenho político do Ministro da Saúde
3. Demandas de investimentos por entidades estrangeiras

Pontos fracos

1. Fragilidade financeira do sector privado nacional
2. Deficiente articulação entre os sectores público e privado da saúde

Condicionantes ambientais

1. Resistência de uma franja do sector privado relativamente à instalação de estrangeiros no sector da saúde
2. Legislação ultrapassada para responder às exigências actuais

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

VII.2 PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Programa de Promoção da Saúde compreende os seguintes três componentes:

- 1. Elaboração e implementação de um Plano Estratégico Intersectorial de Promoção da Saúde como componente essencial do Desenvolvimento nacional regional e local,**
- 2. Estabelecimento de parcerias com os sectores público e privado para melhoria dos níveis de saúde das populações;**
- 3. Reorganização do Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário [CNDS] para o adequar à reforma do sector da Saúde.**

Componente 1: Elaboração e implementação de um Plano estratégico intersectorial de Promoção da saúde como componente indispensável ao desenvolvimento nacional, regional e local.

Situação actual

A Promoção da Saúde aparece na Política Nacional de Saúde [PNS] como uma estratégia a ser desenvolvida para facultar uma ampla participação e uma acção sustentada de sensibilização, com vista à implementação de medidas conducentes à melhoria dos níveis de saúde e da qualidade de vida das populações.

Até aqui o Ministério da Saúde vem assumindo, quase que em exclusividade, as preocupações nessa matéria para levar a bom termo as medidas que se impõem, recorrendo a instituições da sociedade civil e a sectores do governo que respondem de maneira pontual. Mesmo assim, persistem dificuldades em matéria de promoção da saúde, a nível do próprio Ministério da Saúde, destacando-se a falta de pessoal especializado na área, a insuficiência de recursos financeiros atribuídos ao sector e a deficiente coordenação na implementação de actividades. Ainda, a carência de dispositivos legais e alguma falta de rigor no cumprimento dos que existem para a protecção da saúde (consumo/publicidade/patrocínio do tabaco e álcool; prostituição, abusos sexuais, etc.);

Torna-se necessário, portanto, incluir a promoção da saúde nas políticas sectoriais do governo e das autarquias, definir e implementar uma estratégia comum de promoção da saúde que se traduza numa influência positiva sobre os seus determinantes e condicionantes, incluindo aqueles ligados ao meio ambiente com repercussão sobre a qualidade de vida dos cabo-verdianos. Esta estratégia deverá estimular a responsabilização dos indivíduos e das comunidades na sua saúde e contribuir para a melhoria do bem-estar geral da população.

As estratégias de promoção da saúde são fundamentais para melhoria dos níveis da saúde dos cabo-verdianos. Com o PNDS surge a oportunidade de integrar a Promoção de forma consistente no Serviço Nacional de Saúde, para que as actividades promocionais façam parte de um programa específico.

É nesse sentido que se advoga no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário que a promoção da saúde seja assumida como uma componente a incluir em todas as políticas sectoriais do Governo, das autarquias e das ONGs que intervêm nesta área.

Estratégias operacionais

1. Participação nos espaços de negociação social e política para a inclusão da promoção da saúde nos planos sectoriais de desenvolvimento nos diferentes níveis;
2. Participação dos cidadãos nas instâncias de consulta existentes (por exemplo, as comissões municipais de saúde) com vista a uma contribuição mais activa nas intervenções em matéria de protecção e promoção de saúde e prevenção da doença;
3. Elaboração e implementação do Plano Estratégico de Promoção da Saúde;
4. Desenvolvimento de acções conjuntas com os diferentes departamentos do Governo e do Poder local e com a sociedade civil, em matéria de promoção da saúde;
5. Acesso à informação e conhecimentos pertinentes.

Metas

1. Negociar, em 2008, com os diferentes sectores da administração central e das autarquias as intervenções conjuntas em matéria de promoção da saúde, enquanto factor de desenvolvimento socio-económico;
2. Ter, em 2008, um Plano Estratégico de Promoção da saúde aprovado;

3. Implementar o Plano estratégico aprovado a partir de 2009;
4. Estabelecer, a partir de 2009, mecanismos de coordenação dos diversos actores para intervenções concertadas;
5. Criar, a partir de 2009, condições de acesso a Bibliotecas virtuais em todas as Delegacias de Saúde.

Actividades/ Intervenções

1. Acordar com o MEES das matérias de promoção da saúde a introduzir nos curricula do ensino básico, do ensino secundário e dos programas de alfabetização de adultos;
2. Discutir com o MAA a inclusão da promoção da saúde nos planos dos diversos níveis de acção do Ministério, nomeadamente a participação no processo de formulação e de implementação do PANA, designadamente do plano intersectorial "Ambiente e Saúde Publica";
3. Contribuir com os parceiros pertinentes para o desenvolvimento de intervenções específicas conducentes a um meio ambiente mais saudável (mais e melhor água potável, condições apropriadas para a recolha, deposição e tratamento do lixo, para saneamento do meio e melhores condições de habitabilidade);
4. Negociar com o MITM a inclusão da promoção da saúde nos planos de acção dos departamentos do Ministério;
5. Elaborar, aprovar e publicar o documento Plano estratégico de promoção da saúde;
6. Promover junto da comunicação social a necessidade de assumir a promoção da saúde como um dos objectivos fundamentais da sua acção;
7. Participar na elaboração e implementação de planos municipais intersectoriais de promoção da saúde;
8. Inscrever, no Plano, incentivos para as melhores iniciativas de promoção de saúde.

Resultados esperados

1. Um Plano Estratégico intersectorial de promoção da saúde aprovado e em implementação;
2. Acções de promoção da saúde conjuntas e descentralizadas para o nível municipal em execução;
3. Manuais escolares dos diversos níveis com textos referentes à promoção da saúde, incluindo os factores ambientais com influência na saúde;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: CNDS, DGS, IGS, DGRHA;
2. Parceiros a nível nacional: MEES, MAA, MITM, organizações da Sociedade Civil;
3. Parceiros da cooperação bilateral e multilateral: Brasil, Portugal; OMS. NU.

Indicadores de avaliação

Sectores participantes na elaboração e implementação do Plano estratégico intersectorial;

Manuais escolares com referências questões relativas à promoção da saúde;

Autarquias empenhadas na melhoria de abastecimento de água potável; gestão do meio ambiente em geral e do saneamento básico e do lixo em particular.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Documento do Plano Estratégico
2. Relatórios de execução dos planos sectoriais e municipais;
3. Relatórios de Encontros de Coordenação/concertação intersectoriais para Promoção da Saúde;

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos fortes

1. Vontade política pela Promoção da Saúde;
2. Estratégia regional da OMS para a promoção da saúde;

Pontos fracos

1. Fraca sensibilidade entre profissionais de saúde sobre a promoção;
2. Falta de profissionais formados na matéria;
3. Vontade política não materializada em acções concretas.
4. Falta de coordenação das actividades IEC realizadas pelos parceiros da saúde.

Condicionantes ambientais

1. Resistência a mudanças, a reformas;

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 2: Estabelecimento de Parcerias com os Sectores público e privado sobre a Promoção da Saúde

Situação actual

A implementação das actividades referentes à promoção da saúde tem sido assumida como sendo da responsabilidade quase exclusiva do Ministério da Saúde contando apenas esporadicamente com a contribuição de outros sectores.

Uma vez que a noção de saúde, ou bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e das populações, transcende a área de acção do Ministério da Saúde, a implementação da estratégia de promoção da saúde pressupõe a co-responsabilização de todos os sectores do Governo e da sociedade, das comunidades e dos indivíduos para se chegar à adopção de comportamentos, atitudes e estilos de vida saudáveis.

Essa co-responsabilização será obtida através de parcerias em áreas específicas como: **i)** A educação para a saúde através do sistema de ensino e da saúde escolar; **ii)** A alimentação/nutrição para um bom desenvolvimento e a prevenção de doenças; **iii)** A água, sua boa utilização e prevenção das doenças de origem hídrica; **iv)** O saneamento do meio e as condições de higiene; **v)** A circulação rodoviária e os acidentes e incapacidades; **vi)** As comunidades e as mutualidades de saúde, entre outras, numa gama alargada de intervenções necessárias e possíveis.

A promoção da Saúde potencializa, assim, abordagens e métodos utilizados para materialização de acções em prol da saúde permitindo a participação de todos no processo do desenvolvimento sanitário, mobilizando e envolvendo ainda, não só as comunidades assim como o sector privado, ONGs etc.

Assim, o PNDS constitui uma oportunidade para a previsão e o estabelecimento de relações de cooperação entre o Ministério da Saúde e os representantes das instâncias atrás evocadas para a elevação dos níveis de saúde e a melhoria da qualidade de vida que se pretende em Cabo Verde.

Neste sentido o CNDS poderá desempenhar o papel chave na promoção e coordenação de iniciativas de carácter multisectorial a favor da Saúde

Estratégias operacionais

1. Criação/utilização de espaços de concertação com as instituições públicas, organizações da sociedade civil e comunitárias, para a Integração de projectos de cooperação no âmbito da promoção da saúde
2. Criação de redes de municípios e comunidades/escolas/serviços promotoras de saúde;
3. Desenvolvimento de alianças público-privado para a concretização de actividades;
4. Definição e execução de actividades de baixo custo, empregando tecnologia simples mas de impacto significativo na vida das populações, em colaboração com organizações não governamentais e comunitárias;

Metas

1. Alargar e institucionalizar, até 2009, parcerias com sectores governamentais, relacionados com a saúde;
2. Alargar e institucionalizar, até 2009, parcerias com instituições afins da sociedade civil;
3. Alargar e institucionalizar, até 2009, parcerias com as associações comunitárias;
4. Desenvolver os mecanismos de coordenação das acções de saúde, a partir de 2008
5. Definir um quadro da colaboração intersectorial de acção sobre os determinantes de saúde a partir de 2008;

6. Desenvolver um programa de formação/sensibilização dos trabalhadores de saúde e de outros sectores em promoção da saúde, a partir de 2008;

Actividades/Intervenções/Ações propostas

1. Assinar protocolos que estabeleçam parcerias entre o CNDS, e serviços públicos e privados extra saúde, para implementação conjunta de actividades de promoção da saúde;
2. Elaborar programas de implementação conjunta;
3. Programar actividades relacionadas com a segurança alimentar e o meio ambiente a serem desenvolvidas nas escolas;
4. Organizar jornadas de protecção da saúde com organismos estatais, municipais, comunitários e privados;
5. Estabelecer e implementar, uma parceria com as Associações comunitárias em matéria prevenção e controlo de doenças;
6. Estabelecer parcerias com a comunicação social para a realização de actividades de sensibilização a programar;
7. Realizar actividades de formação em Promoção da Saúde para trabalhadores de saúde e de outros sectores relacionados;
8. Produzir e divulgar material para sensibilização da população sobre conceitos de Promoção da Saúde e adopção de estilos de vida saudáveis;
9. Elaborar e implementar a lei do mecenato para a saúde.

Resultados esperados

1. Protocolos de parceria com Ministérios, Comunicação social e instituições da sociedade civil, e das comunidades assinados.
2. Programas conjuntos elaborados e implementados;
3. Lei do mecenato para a saúde aprovada e em implementação

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: CNDS, DGS, IGS, DGRHA;
2. Parceiros a nível nacional: DGAP, MEES, MAA, MITP; Instituições da Sociedade Civil; Comunicação social
3. Parceiros da cooperação bilateral e multilateral: Brasil, Portugal; OMS.

Indicadores de avaliação

1. Numero Instituições incluídas nos Protocolos assinados e respeitados;
2. Lei do Mecenato para a Saúde publicado no Boletim Oficial;
3. Resultados de Estudos referentes ao Impacto sobre as populações alvo

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Listas de instituições com as quais se assinaram protocolos de parceria
2. Relatórios de actividades realizadas no quadro das parcerias

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos fortes

1. Experiência do CNDS;
2. Organismos da Sociedade Civil,;

Pontos fracos

1. Relativa ignorância sobre o conceito da Promoção da Saúde;

Condicionantes ambientais

1. Dificuldades de articulação e de trabalho em conjunto

Quadro Lógico de execução da Componente “Estabelecimento de Parcerias com os Sectores público e privado sobre a Promoção da Saúde”

Componente3: Reorganização do CNDS para a sua adequação à reforma do sector.

Situação actual

O Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário, abreviadamente designado por CNDS foi criado e regulamentado em 1993 [50] como um serviço autónomo personalizado do Estado, tutelado pelo Ministério da Saúde, com as seguintes competências:

1. Promover o desenvolvimento Sanitário do País, numa base institucional e multisectorial, articulando as relações entre o sector da Saúde e outros sectores públicos e privados, de forma a propiciar a resolução dos problemas de saúde nacionais;
2. Divulgar atitudes e conhecimentos necessários à adopção de estilos de vida saudáveis, através de técnicas adequadas de informação, educação e comunicação para a saúde;
3. Promover e organizar acções de formação de recursos humanos para o desenvolvimento sanitário;

Cerca de quinze anos depois do início do seu funcionamento, o CNDS não conseguiu cumprir cabalmente a sua ambiciosa missão e, por isso, carece de ser reorganizado com base na análise do seu funcionamento actual para se adaptar a sua missão aos novos desígnios contidos na reforma do sector saúde.

É de se reconhecer que não existe uma cultura de investigação em saúde em Cabo Verde e que isso não pode ser atribuído apenas ao baixo nível de desenvolvimento económico do país. Embora estejam previstas estruturas vocacionadas para a investigação, como o Departamento de Vigilância Epidemiológico e o CNDS, não há no Ministério da Saúde incitação sistemática à pesquisa nem meios para a difusão do conhecimento

A missão do CNDS deve ser revista no sentido de reforçar o papel e as funções enquanto órgão central de execução/coordenação da política de promoção da saúde no país. O CNDS deve poder participar nos processos de investigação e de formulação de projectos de investigação operacional vocacionados para o desenvolvimento sanitário, mas também na sua advocacia;

Persiste, no entanto, uma série importante de insuficiências que constituem um entrave ao desempenho das funções que lhe são atribuídas, nomeadamente (1) a carência de recursos humanos para preencher os cargos previstos na lei; (2) um orçamento de funcionamento inadequado; (3) um espaço reduzido para o exercício pleno das suas atribuições; (4) um plano estratégico e de acção deliberados. Essas insuficiências, precisam de ser devidamente equacionadas e resolvidos.

O CNDS poderia contribuir para a advocacia da investigação e desempenhar um papel de relevo na iniciação para a investigação e para a formulação de projectos de pesquisa operacional vocacionados para o desenvolvimento sanitário

Estratégias operacionais

1. Discussão alargada aos departamentos do MS, aos sectores com influência no estado de saúde da população e aos parceiros, sobre a reorganização do CNDS;
2. Revisão de estatutos e regulamentos;
3. Mobilização de recursos para o funcionamento do CNDS nos moldes do novo estatuto.

Metas

1. Rever, em 2008, a missão, organização, e funcionamento do CNDS para melhor o adaptar ao contexto da reforma do sector;
2. Elaborar e publicar até fins de 2008 o novo estatuto orgânico do CNDS;

3. Reforçar o CNDS com os meios e recursos humanos e financeiros necessários para o exercício pleno das suas atribuições, a partir de 2009;

Actividades/Intervenções /Acções propostas

1. Rever, validar e publicar o novo estatuto do CNDS;
2. Reciclar ou recrutar os quadros necessários à implementação da nova missão do CNDS;
3. Nomear/contratar entre 2008 e 2010: i) 1 Bibliotecário, ii) 1 gestor, iii) 1 técnico especializado na área de comunicação, iv) 1 assistente administrativo, v) 1 ajudante de serviços gerais;
4. Dispor de um orçamento de funcionamento autónomo a partir do OGE de 2009;
5. Adquirir o material e equipamentos necessários;

Resultados esperados

1. CNDS remodelado e dotado de recursos necessários ao exercício da sua missão;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: CNDS, DGS, IGS, DGRHA; Hospitais; Delegacias de Saúde
2. Parceiros a nível nacional: DGAP, MEES, Instituições da Sociedade Civil; Associações profissionais; Sector privado da saúde; Instituições de Ensino Superior
3. Parceiros da cooperação bilateral e multilateral: Brasil, Portugal; OMS.

Indicadores de avaliação

1. Processo de revisão do CNDS completo com aprovação de novo diploma legal;
2. Quadro mínimo de pessoal afecto ao CNDS nos departamentos estratégicos;
3. Nível de incremento dos recursos financeiros, materiais e de equipamentos atribuídos ao CNDS.

Mecanismos de Seguimento, avaliação

1. Relatórios sobre a evolução do processo de remodelação do CNDS;
2. Diploma legal correspondente publicado;
3. OGE 2009 e seguintes

Sustentabilidade: Pontos Forte e Fracos

Pontos fortes:

1. Vontade política de conferir ao CNDS a capacidade de exercer as suas competências;
2. Experiência acumulada;
3. Quadro de pessoal experiente, embora insuficiente.

Pontos fracos:

1. Dificuldades financeiras;
2. Dificuldades previsíveis na recuperação do espaço restante das actuais instalações;

Condicionantes ambientais

Quadro Lógico de execução da Componente “Reorganização do CNDS para a sua adequação à reforma do sector”.

VII.3 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE

O programa de desenvolvimento dos recursos humanos de saúde é constituído pelas 3 componentes seguintes:

- 1. Desenvolvimento e implementação de programas de formação de base, especializada e de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde;**
- 2. Recrutamento e distribuição dos profissionais de saúde, de modo a preencher ou garantir equipas-tipo (mínimas e funcionais) em cada estrutura por nível de atenção;**
- 3. Reforço das competências da gestão dos Recursos Humanos de Saúde**

Componente 1: Desenvolvimento e implementação de programas de formação de base, especializada e de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde

Situação actual

A educação académica e a formação contínua são dois aspectos fundamentais do plano dos RHS tendo em vista o aumento do número e da qualidade dos profissionais de saúde.

A formação dos médicos e técnicos superiores de saúde faz-se basicamente no estrangeiro, pois o desenvolvimento do ensino superior no país é recente, e não existe uma faculdade de medicina ou em outras áreas das ciências da saúde no país.

Para se contrariar as projecções dos RHS que sugerem, no horizonte 2015, uma estagnação ou baixa do ratio médico/população, há necessidade de aumentar o número anual de vagas para se evitar a formação em cohortes cujos resultados até aqui não têm sido satisfatórios

A formação dos técnicos de saúde do nível intermédio, designadamente, de laboratório, radiologia e de farmácia é menos frequente que a dos enfermeiros, havendo necessidade de um levantamento dos efectivos actuais e futuros para uma boa planificação do desenvolvimento dessa categoria de pessoal.

A possibilidade da criação de uma escola de profissionais de saúde a partir das Escolas de Enfermagem ou a criação de uma unidade saúde, integrada nas instituições nacionais de formação, são vias para responder às necessidades do País.

A formação contínua é um elemento chave para a qualidade dos RHS. Apesar dos esforços realizados na oferta de formação contínua constata-se que há domínios ainda não suficientemente cobertos e uma insuficiente coordenação, planificação, seguimento e avaliação das acções.

O reforço da saúde pública é uma prioridade para Cabo Verde. A recrudescência de algumas doenças transmissíveis ao longo dos últimos anos, a emergência de doenças não transmissíveis e a modesta participação das comunidades na defesa da sua saúde sublinham a necessidade de reforçar a acção em saúde pública, sobretudo em matéria de Protecção e promoção da saúde e de prevenção.

A existência de poucos especialistas em Saúde Pública no Ministério da Saúde e a fraca atracção para esta área de especialização e para as funções correspondentes, nomeadamente nas Delegacias de saúde e nos serviços centrais do Ministério, constituem constrangimentos ao desenvolvimento equilibrado do SNS. Sublinhe-se a inexistência de uma carreira de saúde pública e o facto das carreiras médica e de enfermagem valorizarem os cuidados curativos em detrimento dos cuidados preventivos e promocionais. Constituem, também, agravantes importantes os níveis salariais pouco atractivos e a incompatibilidade de acumular, neste domínio, funções no público e no privado.

A especialização dos profissionais de saúde de toda as categorias, deve ser uma prioridade tendo em conta o seu número limitado, a problemática da substituição dos especialistas estrangeiros e a renovação dos nacionais que se forem aposentando. Neste contexto, a questão de que especialidades desenvolver é estratégica e deve ser examinada numa perspectiva integrada para apoiar o desenvolvimento dos diferentes níveis de atenção

A implicação de vários actores nos programas de formação dos RHS, tais como o Ministério da Educação, as Universidades e outras instituições de formação, públicas e privadas, os governos dos países de acolhimento, os parceiros e as agências da cooperação bilateral e multilateral é fundamental para uma mudança de qualidade na disponibilização de profissionais de saúde.

Assim, durante a vigência do PNDS, vai ser necessário actualizar a previsão das necessidades em RHS, identificar e valorizar as possibilidades de formação inicial e especializada no país e mobilizar

parcerias com instituições de ensino, nacionais e estrangeiras, para a implementação dos programas de formação prioritária para Cabo Verde.

Estratégias operacionais

1. Actualização da previsão das necessidades dos RHS considerando o desenvolvimento das estruturas de atenção primária, secundária e terciária;
2. Contribuição para o Estudo da viabilidade técnica e económica de formação inicial e especializada de profissionais de saúde no país, incluindo o desenvolvimento eventual de instituições, publicas ou privadas, vocacionadas para a formação em saúde;
3. Reforço e diversificação da parceria com instituições de formação no país e no exterior, no domínio da formação continua;
4. Contribuição, junto do Ministério da Educação, das Universidades e de outros parceiros, para a elaboração e Implementação de programas de formação inicial e especializada de profissionais de saúde;

Metas

1. Ter até finais de 2008 actualizada a lista das necessidades em RHS;
2. Ter contribuído, até 2011, para a identificação e desenvolvimento de instituições de formação de profissionais de saúde no país;
3. Ter contribuído até 2010, na elaboração, implementação progressiva, no país, de cursos de especialização de profissionais de saúde de categorias diversas, em/de Saúde pública; Cirurgia geral; Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia; Medicina interna; Medicina familiar; Anestesiologia; Psiquiatria; Instrumentista; Radiologia;
4. Ter mobilizado, a partir de 2008, junto dos parceiros pertinentes [Ministério da Educação; MNEEC; Câmaras Municipais, Cooperação bilateral e OMS] a atribuição de recursos [vagas e bolsas de estudo] para a formação inicial e especializada, no exterior, e consoante as necessidades, para Clínicos gerais; Estomatologistas/Dentistas; Nutricionistas; Biólogos; Oncologia, Infecçiology, Patologia Clínica, Anatomia patológica, Ortopedia, Oftalmologia, Cardiologia, Urologia, Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Cardiovascular e Economistas de saúde;;

Actividades/Intervenções

1. Actualizar o Plano Estratégico de Desenvolvimento dos RH e divulgar a lista das necessidades prioritárias de RHS;
2. Constitui/Reforçar na DGRHA/DGPOC um núcleo responsável pela elaboração de programas de formação dos RHS e a coordenação das actividades;
3. Dinamizar, junto do Ministério da Educação e das Universidades, a identificação e criação de instituições de formação, local, de profissionais de saúde;
4. Contribuir, junto do Ministério da Educação, das Universidades e de outros parceiros, para a elaboração de programas curriculares e criação de condições humanas, técnicas e matérias para a formação inicial e especializada, no país, nas áreas prioritárias identificadas;
5. Implementar, com parceiros identificados [Instituto de Medicina Tropical e Universidade Técnica de Lisboa] um curso de Saúde pública no país;
6. Mobilizar os recursos necessários para a especialização, no exterior, nas áreas prioritárias identificadas;
7. Formar os especialistas necessários para satisfazer as demandas prioritárias.

8. Elaborar e implementar um plano de formação contínua dos profissionais de saúde das diversas categorias.

Resultados esperados

1. Lista de previsão de necessidades prioritárias de RHS elabora e publicada;
2. Necessidades de profissionais de saúde progressivamente preenchidas;
3. Aparecimento sucessivo, no país, de instituições de formação de profissionais de saúde;
4. Convénios de parceria assinados com instituições de formação no país e no exterior;
5. Plano de formação contínua implementado, seguido e avaliado.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

4. Ministério da Saúde: DGRHA/DGPOG, DGS, DGF, Hospitais; Delegacias de Saúde
5. Parceiros a nível nacional: DGAP, MEES, Associações profissionais; Sector privado da saúde; Instituições de Ensino Superior
6. Parceiros da cooperação bilateral e multilateral: Brasil, Portugal; OMS; CPLP.

Indicadores de avaliação

1. Lista de necessidades prioritárias;
2. Número de cursos criados/implementados e de instituições responsáveis;
3. Número de profissionais de saúde formados/especializados, no país e no exterior;
4. Número de convénios assinados nas áreas de formação;
5. Número de programas de formação contínua implementados;

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Documento com as necessidades prioritárias em RHS identificadas;
2. Relatórios do Departamento de Pessoal do Ministério;
3. Relatórios de parceiros da formação de profissionais de saúde;.
4. Banco de dados de RHS actualizado.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e fracos

Pontos fortes

1. Disponibilidade de candidatos;
2. Existência de um Plano dos Recursos Humanos;
3. Alguma disponibilidade de vagas e bolsas de estudos para formação no exterior no quadro da cooperação;
4. Existência de experiência e de quadros capazes de assumir, no país, a formação de profissionais de saúde;

Pontos fracos

5. Inexistência de uma carreira de saúde pública
6. Incentivos / Salários / Condições de Trabalho
7. Disponibilidade de vagas e bolsas de estudo para formação de novos quadros;
8. Estagnação do orçamento do Ministério da Saúde;
9. Dificuldades de substituição dos candidatos à especialização;
10. Deficiente organização e enquadramento do Departamento dos RH do Ministério

Condicionantes ambientais

1. Disponibilidade de Instituições vocacionadas para o Ensino Superior, Médio e da Formação Profissional em Cabo Verde
2. Dificuldades económicas das famílias para assumir plenamente os custos de formação.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 2 – Recrutamento e distribuição dos profissionais de saúde, de modo a preencher ou garantir equipas-tipo (mínimas e funcionais) em cada estrutura por nível de atenção**Situação actual**

A análise da situação pôs em evidência a fraqueza da dotação de pessoal das diferentes instituições da saúde. O PEDRHS prevê uma melhoria dos níveis de cobertura, comparativamente ao ano de 2005. Até 2011, irá incidir particularmente a nível dos médicos, enfermeiros e técnicos de saúde do nível intermédio, como se indica no quadro seguinte:

Indicadores	2005	2011
Ratio médico/10.000 habitantes	5,69	6,0
Ratio enfermeiro/10.000 habitantes	10,25	12,3
Ratio técnico superior/10.000 habitantes	2,1	2,13
Ratio técnico profissional/10.000 habitantes	2,24	3,8

O facto de Cabo Verde ser um arquipélago tem representado, para as autoridades sanitárias do país, um desafio importante no que tange à distribuição geográfica do pessoal do sector. De uma maneira geral, há fortes variações da densidade médica entre os municípios e uma concentração dos RHS nos da Praia e de São Vicente. Albergando, cada um destes dois municípios, um hospital que responde às necessidades de cerca de 25% da população do país e que também servem de referência nacional, Praia e São Vicente agrupam cerca de 70% dos médicos e 60% dos enfermeiros. Contudo, o mais crucial é poder descentralizar e manter os recursos humanos nos níveis de prestação de cuidados primários e secundários, alargando a acessibilidade a esses cuidados.

O aumento do pessoal e uma distribuição equilibrada entre os diferentes níveis de atenção terá como finalidade:

- . Melhoria da qualidade dos cuidados
- . Equidade no acesso aos cuidados
- . Descongestionamento dos níveis de referência
- . Atendimento precoce dos doentes
- . Diminuição das evacuações inter ilhas e para o estrangeiro

Um dos desafios durante a implementação do PNDS consistirá no recrutamento e distribuição do pessoal sustentado pela definição das equipas – tipo por níveis de atenção de saúde e, subsequente criação de quadros de pessoal por estruturas, tendo em consideração o desenvolvimento hierárquico e harmonioso do SNS e o objectivo de acesso universal aos cuidados de saúde.

Estratégias operacionais

1. Definição das equipas-tipo por nível de atenção de saúde com vista a criação de quadros de pessoal por estrutura de saúde;
2. Integração da previsão plurianual dos custos com o pessoal no quadro de despesas de saúde a médio prazo, com vista à mobilização dos recursos necessários;
3. Seguimento da evolução do pessoal nas diferentes estruturas de saúde.

Metas

1. Até fins de 2008, ter definido as equipas tipo por nível de atenção de saúde;

2. Ter integrado, a partir de fins de 2008, a previsão dos custos de formação e alocação do pessoal de saúde no quadro de despesas de saúde a médio prazo (QDSMP);
3. De 2008 a 2011, recrutar os profissionais de saúde para preencher as necessidades estimadas por níveis de atenção e a nível da administração geral:
 - a) Delegacias de saúde e estruturas na sua dependência (os centros de saúde, os centros de saúde reprodutiva e os postos sanitários): 13 clínicos gerais, 10 médicos especialistas (saúde pública inclusive), 26 enfermeiros gerais, 8 enfermeiros especialistas; 5 técnicos de laboratório; 4 técnicos de farmácia e administradores de saúde;
 - b) Hospitais regionais: 5 clínicos gerais, 10 médicos especialistas, 20 enfermeiros gerais, 6 enfermeiros especialistas, 3 farmacêuticos, 4 técnicos de laboratório, 3 nutricionistas, 3 dentistas;
 - c) Hospitais centrais (referência nacional): 6 clínicos gerais, 40 médicos especialistas, 20 enfermeiros gerais, 30 enfermeiros especialistas, 2 farmacêuticos, 5 técnicos de farmácia, 4 técnicos de laboratório, 5 técnicos de radiologia, 9 técnicos de anestesia, 4 técnicos de anatomo-patologia e 6 fisioterapeutas;
 - d) Administração geral (serviços centrais e programas nacionais): 6 médicos especialistas (saúde pública inclusive), 2 farmacêuticos especialistas, 1 jurista, 1 economista de saúde, 2 estatísticos, 1 informático (ou gestor de banco de dados), 3 enfermeiros especialistas em administração e formação, 3 administradores, 1 contabilista.

Intervenções/Actividades propostas

1. Elaborar a previsão dos custos de formação e alocação do pessoal de saúde e proceder à sua integração no QDSMP;
2. Criar e alocar quadros de pessoal das Delegacias de saúde e estruturas na sua dependência (os centros de saúde, os centros de saúde reprodutiva e os postos sanitários).
3. Criar e alocar quadros de pessoal dos Hospitais regionais;
4. Criar e alocar quadros de pessoal dos Hospitais centrais (referência nacional);
5. Criar e alocar quadros de pessoal da Administração geral (serviços centrais e programas nacionais);
6. Implementar mecanismos de seguimento da evolução do quadro de pessoal nas diferentes estruturas;

Resultados esperados

1. Recrutamento do pessoal de saúde efectuado em conformidade com o plano de desenvolvimento dos serviços de prestação de cuidados e da administração geral;
2. Quadros de pessoal por estrutura e por nível de atenção criados e dotados.
3. Mecanismos de seguimento da evolução do quadro de pessoal nas diferentes estruturas implementados

Organismos e instituições responsáveis pela execução

4. Ministério da Saúde: DGRHA/DGPOG, DGS, DGF

5. Parceiros a nível nacional: DGAP, DG Orçamento e Plano

Indicadores de avaliação

1. N° de novos postos preenchidos por categoria profissional, nível de atenção de saúde, estrutura e por ano;
2. N° total de postos preenchidos por categoria profissional, nível de atenção de saúde, estrutura e por ano.
3. Quadro de despesas de saúde a médio prazo (QDSMP) elaborado

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Banco de dados do pessoal de saúde;
2. Relatórios sobre a evolução da situação dos recursos humanos de saúde e a sua desagregação por níveis de atenção e por estruturas de saúde.
3. Relatórios de actividades do MS

Sustentabilidade/Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

Assunção política da prioridade estratégica dos Cuidados Primários de Saúde e da criação de regiões sanitárias

Pontos fracos

Estagnação do orçamento do Ministério da Saúde que limita a possibilidade de recrutamento de novos quadros;

Insuficiência de candidatos com perfil necessário para os postos.

Condicionantes ambientais

Processo de reforma da administração do Estado.

Programa económico-financeiro do Governo (Orçamento Geral do Estado).

Quadro lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Programa: RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE

Componente 3. – Reforço das competências da gestão dos Recursos Humanos de Saúde

Situação actual

Considerando o papel que os RHS desempenham na eficácia e eficiência do SNS, o que representam em termos de efectivos (mais de 2.000 funcionários, 2º lugar na administração pública a seguir à Educação), e o peso no orçamento do Ministério da Saúde (cerca de 75% das despesas de funcionamento), a gestão dos RHS constitui uma componente importante para o desenvolvimento do sector e implementação do PNDS.

A gestão dos recursos humanos visa favorecer uma antecipação dos problemas e a sua solução, como sejam, de formação, recrutamento, distribuição, motivação, retenção e desempenho.

No Ministério da Saúde não há pessoal suficiente, nem com formação específica, que se ocupe da gestão dos RHS. Assim, o Ministério da Saúde terá de vencer os desafios indicados nos parágrafos seguintes:

A descentralização das atribuições na gestão dos RHS, nomeadamente para os hospitais e delegacias de saúde, pressupõe o reforço das competências nesse domínio. Por conseguinte, serão necessários dois novos postos de gestor dos RHS ao nível dos hospitais centrais e prover o posto ao nível do Ministério da Saúde. Nas delegacias de saúde, os administradores de saúde deverão ser reciclados/formados na matéria e enquadrados pelo gestor do nível central.

A planificação pertinente dos RHS implica ter em conta projecções dos quadros com as características actuais e os objectivos a atingir. A estimativa das necessidades em pessoal baseada no indicador de carga de trabalho, desenvolvido pela OMS, deverá ser aplicado para afinar as projecções feitas com base na situação vigente e estimativas de necessidades expressas pelos responsáveis dos serviços. Constituirá uma acção de investigação a ser desenvolvida no quadro do presente plano.

A promoção de incentivos financeiros e não financeiros. Os planos de carreiras, nomeadamente a criação de uma carreira de saúde pública, os subsídios para certas ilhas isoladas e a formação contínua constituem medidas que podem contribuir para minimizar problemas, tais como, a desigualdade na distribuição geográfica do pessoal, a rotação demasiado rápida dos profissionais de saúde, e a falta de interesse pelas funções e cargos de saúde pública.

Eleger como prioridade, a criação de uma carreira de saúde pública que seja atractiva e que incentive a formação nessa área e contribua para a retenção dos quadros, médicos e outros técnicos, em cargos relevantes para a melhoria do desempenho dos programas de saúde prioritários e das funções da administração da saúde, tais como: a regulação e a inspecção.

Implementar um sistema de informação coordenado pela Direcção Geral dos Recursos Humanos e integrado no SNIS, para a gestão, acompanhamento da execução e a avaliação do Programa dos RHS.

Estratégias operacionais

1. Reforço das competências dos serviços de gestão do RHS nos diferentes níveis da pirâmide sanitária;
2. Adequação e regulamentação das carreiras dos profissionais de saúde;
3. Desenvolvimento de mecanismos de gestão dos RHS;

Metas

1. Nomear em 2008 um Director de RH a nível dos serviços centrais do MS;
2. Criar em 2009 postos de gestor dos Recursos Humanos nos HC;

3. Até 2010 capacitar gestores de todas as delegacias de saúde;
4. Até 2009 ter as Carreiras médicas e de enfermagem revistas e implementadas;
5. Até 2010 ter uma Carreira de Saúde Pública criada;
6. Actualizar em 2009 o banco de dados dos RHS.

Intervenções/Actividades propostas

1. Dotar o posto de director de RH a nível dos serviços centrais do MS;
2. Organizar 2 cursos em gestão dos RHS (gestores RH dos hospitais centrais, delegados de saúde e administradores dos serviços de saúde...);
3. Criar e dotar postos de gestor dos Recursos Humanos nos HC;
4. Rever e regulamentar as carreiras médicas e de enfermagem;
5. Desenvolver uma carreira de saúde pública;
6. Desenvolver e implementar os instrumentos de gestão dos RHS, nomeadamente termos de referência dos postos e a avaliação de desempenho;
7. Desenvolver um sistema de informação sobre os RHS integrado no sistema de informação sanitária;
8. Rever e aperfeiçoar o banco de dados dos RHS.

Resultados esperados

1. Serviços de saúde nos diferentes níveis dotados de pessoal capacitado na gestão de RH;
2. Carreiras profissionais dos RHS revistas e implementadas;
3. Termos de referência de postos definidos e mecanismos de avaliação de desempenho implementados;
4. Informações sobre diferentes vertentes da gestão dos RHS disponíveis;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGRHA/DGPOG, DGS; Hospitais; Delegacias de Saúde
2. Parceiros a nível nacional: DGAP, Associações profissionais
3. Parceiros da cooperação bilateral e multilateral: OMS, OOAS.

Indicadores de avaliação

1. N° de postos de gestor dos RHS criados e dotados;
2. N° de estruturas de saúde com pessoal capacitado em gestão de RHS;
3. Diplomas legais publicados sobre Carreiras profissionais;
4. Relatórios periódicos sobre RHS;

Mecanismos de avaliação e seguimento

1. Relatórios das actividades de formação;
2. Nomeações publicadas nos B.O.
3. Regulamentos sobre Carreiras publicados no B.O
4. Relatórios de actividades da DGRHA

Sustentabilidade/Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Disponibilidade de quadros formados na área de gestão de RH;
2. Disponibilidade da dotação orçamental dos postos de director e gestor de recursos humanos;

3. Assessoria da Administração Pública nas vertentes instrumentos de gestão e planificação dos recursos humanos;
4. Disponibilidade de instituições formadoras em RH;

Pontos fracos

1. Deficiente coordenação com o Ministério das Finanças e da Administração Pública sobre a revisão/criação das carreiras;
2. Deficiente organização e enquadramento da DGRHA

Condicionantes ambientais

Existência no mercado de trabalho de técnicos com perfil e experiência de gestão sanitária/hospitalar.

Quadro lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Programa: RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE

ANEXO:

POSTOS SUPLEMENTARES, DISTRIBUIDOS POR ESTRUTURAS ATE 2014

Categorias profissionais	Adm. Central	Nacional		Regional			Municipal	TOTAL	Em formação / Recrutamento
		HAN	HBS	S.Norte	R.Grande	S.Filipe	D.S.		
Cínicos gerais		7	-13	6	2	2	23	40	0
<i>Médicos especialistas:</i>	12	54	33	7	6	6	20	138	
Internista		2	1					3	2
Infecciologia		1	1					2	0
Neurologia		1	1					2	0
Hematologia		1	1					2	3
Pneumologia		1						1	0
Cirurgia		5	3	2	2	1		13	6
Neurocirurgia		1	1					2	0
Cirurgia cardio-vascular		1	1					2	0
Pediatria	1	5	3	1		1	6	17	3
Ginecologia	1	6	3	1	1	1	2	15	5
Oncologia		1	1					2	2
Psiquiatria	1	6	2					9	2
Patologia clínica		1	1					2	1
Anatomo-patologia		1	2					3	0
Imagiologia		2	3					5	0
Dermatologia		1						1	0
Ortopedia		4	1					5	4
Oftalmologia		2	2					4	1
Urologia		1	1					2	0
Neurologia		1	1					2	0
ORL		2						2	1
Cardiologia		2	1					3	1
Anestesiologia		6	2	1	1	1	3	14	5
Saúde Pública	8			1	1	1	3	14	4
Fisiatria			1					1	0
Hematologista	1							1	0
Patologista clínico		1						1	0
Epidemiologia				1	1	1	6	9	0
Farmacêutico	2	1	1	1	1	1		7	0
Biólogo	1							1	0
Dentista					1	1	1	3	0
Nutricionista				1	1	1		3	5
Psicólogo	2					1	8	11	6
Kinesiterapeuta		3	2	1	1	1		8	0
Sociólogo	1							1	0
Jurista	1							1	1
Economista da Saúde	1							1	3
Técnico Social							1	1	2
Gestor de Base de Dados	2							2	0
Gestor de Rec. Humanos	1							1	1
Técnico de Farmácia		6	4				7	17	0
Estatístico	2			1	1	1		5	0
Técnico Comunicação	2							2	1
Microbiologista	1							1	0

REPÚBLICA DE CABO VERDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE

Analista clínico	1	2	2					5	3
Técnico de Análises								0	0
Técnico de radiologia		6	3	1	1	1		12	1
Técnico anestesista/UTI		12	6					18	0
Técnico de laboratório		6	4	1	2	1	9	23	0
Técnico anatomopatol.		4	3					7	0
Técnico oftalmologia				1	1	1		3	0
Enfermeiros gerais		20	15	15	4	4	46	104	2
<i>Enfermeiros especialistas:</i>	3	23	15	4	3	3	16	67	
Enfermeira parteira		6	4	3	2	2	16	33	0
Enferm. neonatologia		4	2					6	0
Enfermeiro psiquiatria		4	3					7	0
Enfermeiro urologia		3	2					5	0
Enfermeiro ORL		3	2					5	0
Enferm. instrumentista		3	2	1	1	1		8	0
Administ. Formação	3							3	0
Contabilista	1							1	1
Arquivista	1							1	0
Administrador				1	1		2	4	2
TOTAL	49	222	136	51	34	33	169	694	68

Fonte: PENRHS, 2005-2014

VII.4. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA REDE DE INFRA-ESTRUTURAS SANITÁRIAS

O Programa de Intervenção na rede de Infra-estruturas sanitárias compreende os quatro componentes abaixo indicados:

- 1. Consolidação e adequação da rede de infra-estruturas sanitárias às necessidades previsíveis do SNS até 2011;**
- 2. Padronização e adequação do parque de equipamentos sanitários a cada tipo de estabelecimento e em função do nível respectivo de atenção**
- 3. Melhoria dos recursos tecnológicos dos serviços complementares de diagnóstico e tratamento;**
- 4. Criação de um serviço de manutenção preventiva e de reparação para garantir a continuidade das instalações e o funcionamento dos equipamentos.**

Componente 1: Consolidação e adequação da rede de infra-estruturas de prestação de cuidados de saúde, às necessidades previsíveis do SNS até 2011;

Situação actual

A rede actual de estabelecimentos de saúde, apesar do número e da diversidade de estruturas existentes, que garantem a 73% da população o acesso a cerca de meia hora de marcha, precisa ser ampliada, não só para completar a cobertura desejada do total das populações, como também, e em prioridade, assegurar nas cidades-sedes dos hospitais centrais e regionais uma atenção primária de qualidade aos seus habitantes.

De notar ainda que certas estruturas são inadequadas em relação ao conteúdo funcional que lhes está atribuído, ou são vetustas e precisam de ser substituídas, e outras, nomeadamente Postos sanitários Unidades sanitárias de base, poderão ser convertidas em estruturas de nível imediatamente superior, para corresponder à evolução demográfica das zonas em que se encontram implantadas. Essa é a orientação da PNS ao preconizar para 2020 a rede de Centros de Saúde como porta de entrada no SNS.

É nesse contexto que se inscreve a actualização da Carta Sanitária, em razão 1) da expansão da rede de estruturas de prestação de cuidados, incluindo estabelecimentos do sector privado; 2) da adequação técnica e funcional dos projectos de construção de estabelecimentos tipo, em função do nível hierárquico na pirâmide sanitária; e 3) da evolução demográfica das zonas a servir.

O PNDS oferece, assim, a oportunidade para se rever e ajustar os planos e projectos de remodelação e de construção de estruturas sanitárias a realizar no período restante da presente legislatura.

Estratégias operacionais

1. Actualização da carta sanitária
2. Estudos sobre os modelos técnicos e funcionais de estruturas sanitárias tipo adaptados às características ecológicas de Cabo Verde e aos níveis de atenção do SNS;
3. Actualização dos Planos directores dos hospitais centrais e regionais.

Metas

1. Até ao fim de 2008 concluir:

1. As obras de construção **i)** do Hospital do Sal, do bloco operatório do HR de Santo Antão **ii)** dos Centros de Saúde de Maio, Boa Vista, Tarrafal, Santa Cruz, Achada de Santo António, Achada Grande de Traz, Tira-chapéu, Ponta D'Água.
2. A elaboração do Plano Estratégico de Atenção Primária de São Vicente.
3. A elaboração do Plano Director do Hospital Dr. Baptista de Sousa,
4. A elaboração dos estudos técnicos para a reabilitação dos HR de São Filipe e de Ribeira Grande
5. Os estudos técnicos para a construção do Serviço de Nefrologia do HAN.
6. A elaboração da nova Carta Sanitária

2. Até ao fim de 2009 concluir:

- Os Planos Estratégicos de Atenção Primária, de Santo Antão, do Fogo, de São Nicolau e do Sal,
- As obras **i)** das estruturas hidráulicas do HBS; **ii)**, de reabilitação do Centro de Trindade, do Centro de Saúde de Fonte de Inês, do Centro de Terapia ocupacional de Ribeira de Vinha, do Centro de Saúde de Ribeira Grande de Santiago, **iii)** de

construção do Serviço de Nefrologia do HAN, dos Centros de Saúde de Achadinha e dos Mosteiros, de um Posto Sanitário em São Miguel (Achada Monte)

3. Até o fim de 2010 concluir:

- As obras **i)** de construção da sede da Delegacia de Saúde de São Vicente, da Maternidade e da Central de Consultas do HAN; **ii)**, de reconstrução de um Centro de Saúde em Santa Catarina de Santiago,

4 Até o fim de 2011 concluir:

- Construção de pelo menos dois novos Centros de Saúde em S. Vicente.

Actividades/Intervenções

1. Prosseguir as obras em curso dos estabelecimentos de saúde indicados [i) do Hospital do Sal, do bloco operatório do HR de Santo Antão ii) dos Centros de Saúde de Maio, Boa Vista, Tarrafal, Santa Cruz, Achada de Santo António, Achada Grande de Traz, Tira-chapéu, Ponta D'Água, Hospital do Sal; C.S de Boavista, Maio, Mosteiro; Achadinha];
2. Iniciar as obras previstas e aprovadas das estruturas identificadas [Delegacia de Saúde de S. Vicente; Serviço de Nefrologia do HAN; Central de Consulta e da Maternidade do HAN; de manutenção do HR de S. Felipe e da Ribeira Grande de Santo Antão; de remodelação do HBS e do CS de Ribeira Grande de Santiago];
3. Elaborar os Planos estratégicos de Atenção primária nos concelhos indicados [São Vicente, Santo Antão, S. Nicolau, Sal e Fogo];
4. Elaborar o plano director do Hospital Dr Baptista de Sousa;
5. Elaborar estudos para adequação da Rede dos novos concelhos;
6. Preparar os planos de reabilitação do Centro de Trindade e do Centro de Terapia Ocupacional de Ribeira da Vinha;
7. Elaborar a nova Carta Sanitária.

Resultados esperados

1.No fim de 2008 estão:

7. Funcionais o Hospital do Sal, o bloco operatório do Hospital de Ribeira Grande, os Centros de Saúde de Maio, Boa Vista, Tarrafal e Santa Cruz.
8. Disponíveis os Planos Estratégicos de Atenção Primária de São Vicente.
9. O Plano Director do HBS, os estudos técnicos para a reabilitação do Hospital de São Filipe e o de Ribeira Grande, os estudos técnicos para a construção do Serviço de Nefrologia do HAN.

2.No Fim de 2009 estão:

- Disponíveis os Planos Estratégicos de Atenção Primária, respectivamente, de Santo Antão, do Fogo, de São Nicolau e do Sal;
- Funcionais as estruturas hidráulicas do HBS, o Centro de Trindade, o Centro de Saúde de Fonte de Inês, o Centro de Terapia ocupacional de Ribeira de Vinha, o Centro de Saúde de Ribeira Grande de Santiago, bem assim o Serviço de Nefrologia do HAN e os Centros de Saúde de Achadinha e o dos Mosteiros e o Posto Sanitário de Achada Monte;

3.No final de 2010 estão:

- Funcionais a sede da Delegacia de Saúde de São Vicente, a Maternidade e a Central de Consultas do HAN; um Posto Sanitário de Achada Monte, um Centro de Saúde em Santa Catarina de Santiago e 7 Postos Sanitários.

- Concluídas as obras de reabilitação geral do HBS, identificadas no Plano director
- Concluídas as obras de reabilitação Geral do Centro de Trindade

4. No fim de 2011 estão:

- Funcionais pelo menos dois dos Centros de Saúde identificados como prioritários no quadro do Plano Estratégico da Atenção Primária de São Vicente
- Funcionais as estruturas que sejam identificadas nos Planos Estratégicos de Atenção Primária, como prioridade na vigência do PNDS 2008-2011.
- Realizadas as obras de manutenção geral do Hospital Dr. Agostinho Neto.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGRHA/DGPOG, DGS; Hospitais; Delegacias de Saúde
2. Parceiros nacionais: Ministério de Finanças, MIT, DG Cooperação Internacional, DG Ambiente, Câmaras Municipais
3. Parceiros internacionais:

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de estudos realizados segundo a calendarização;
2. Percentagem de estruturas reabilitadas ou construídas;
3. Percentagem de obras, com financiamento garantido, executadas;
4. Publicação da Carta Sanitária.

Mecanismos de Seguimento e avaliação

1. Relatórios de progresso apresentados pela fiscalização;
2. Processos verbais das reuniões de obra;
3. Relatórios de execução dos orçamentos;
4. Relatórios estatísticos anuais do Ministério da Saúde;
5. Relatórios anuais das Delegacias de Saúde e dos Hospitais.

Sustentabilidade/Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Mobilização de recursos financeiros favorecida pela priorização do sector saúde no programa do governo e na ajuda para o desenvolvimento;
2. Parceiros sensibilizados para o desenvolvimento da cobertura no meio rural e priorização da atenção primária.

Pontos fracos

1. Morosidade na elaboração de estudos de factibilidade;
2. Fraca disponibilidade de terrenos adequados para construções de estruturas de saúde em diferentes concelhos;
3. Reduzida capacidade de fiscalização de obras pelos serviços competentes do Estado;
4. Dificuldades na obtenção de financiamento externo para construção de estruturas hospitalares.

Condicionantes ambientais

1. Dispersão de recursos e meios devido à insularidade;
2. Custos elevados das construções.

Quadro lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 2: Padronização e adequação do parque de equipamentos sanitários a cada tipo de estabelecimento e em função do nível respectivo de atenção

Situação actual

As estruturas sanitárias, para além dos edifícios, necessitam de um parque de equipamentos adaptado às funções esperadas tendo em atenção o seu tipo e posicionamento na hierarquia da pirâmide.

Os equipamentos actualmente disponíveis nos estabelecimentos de saúde encontram-se, na sua generalidade, em fase de desgaste avançado, pouco diferenciados ou bastante incompletos em relação ao nível técnico previsto.

Por outro lado, a dispersão e diversidade de marcas, de tipos e de origem dos aparelhos e instrumentos médico-sanitários em uso nos Centros de Saúde, Hospitais e outras estruturas de saúde cabo-verdianas constitui um constrangimento de peso para a manutenção e reparação dos equipamentos do SNS.

Assim, no processo de consolidação e de remodelação da rede de estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde, no quadro do PNDS deve-se prever a dotação para cada estrutura, de instrumentos, equipamentos e mobiliário necessários ao funcionamento eficiente dos mesmos e à qualidade dos serviços a oferecer aos utentes e procurar as melhores garantias de manutenção e reparação dos equipamentos.

Estratégias operacionais

1. Adequação dos conteúdos funcionais de cada estrutura tipo e dos respectivos equipamentos;
2. Aquisição de equipamentos de acordo com padrões internacionais de transparência, segurança e qualidade;

Metas

1. Dispor, até ao fim de 2008 de projectos de aquisição dos equipamentos para as estruturas em construção;
2. Dispor, a partir de 2009, de listas padronizadas de equipamentos para os diferentes estabelecimentos de saúde, a rever regularmente;
3. Criar até finais de 2008, uma entidade/comissão responsável pela aquisição dos equipamentos do SNS;

Actividades/Intervenções

1. Elaborar em colaboração com as direcções dos hospitais e delegados de saúde, listas dos equipamentos padrão para os diferentes estabelecimentos de saúde;
2. Rever e actualizar as listas de necessidades em equipamentos para o SNS;
3. Criar por despacho uma comissão de aquisição de equipamentos;
4. Proceder a uma prospecção do mercado internacional para a identificação de modelos/fornecedores susceptíveis de satisfazer as necessidades e critérios de aquisição de equipamentos para o SNS;
5. Equipar progressivamente os diferentes estabelecimentos de saúde em construção e preencher as necessidades das restantes estruturas.

Resultados esperados

1. Necessidades em equipamentos, instrumentos e mobiliário médico-hospitalar padrão, conhecidas e documentadas;

2. Modelos e fornecedores do mercado internacional de equipamentos susceptíveis de satisfazer as necessidades do SNS identificados e contactados;
3. Estabelecimentos de saúde equipados progressivamente, segundo modelos constantes da lista de necessidades mínimas funcionais do SNS.

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de estabelecimentos de saúde equipados de acordo com o respectivo nível técnico;
2. Comissão de aquisição de equipamentos funcional.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Listas das necessidades essenciais em equipamentos publicadas;
2. Relatórios da comissão de aquisição de equipamentos;
3. Relatórios/pareceres dos responsáveis dos estabelecimentos contemplados.

Sustentabilidade

Pontos fortes

1. Vontade política para melhorar as condições de funcionamento do SNS;
2. Colaboração dos profissionais de saúde na identificação das necessidades.

Pontos fracos

1. Custo elevado das tecnologias de saúde;
2. Deficiente conhecimento do mercado de equipamentos sanitários;
3. Fraqueza institucional na elaboração de estudos técnicos e organização de concursos;

Condicionantes ambientais

1. Normas restritivas dos doadores na atribuição de financiamento para aquisição de equipamentos;
2. Pressões do mercado.

Quadro lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 3: Melhoria dos recursos tecnológicos dos serviços complementares de diagnóstico e tratamento.

Situação actual

A prestação de cuidados de saúde de qualidade depende não só de estabelecimentos bem equipados, funcionais e adaptados às funções que lhe são atribuídas como de recursos humanos empenhados e de nível técnico elevado, mas também da possibilidade destes poderem exercer com frequência crítica mínima indispensável os seus conhecimentos e aptidões.

O lugar das tecnologias de diagnóstico e de tratamento na qualidade dos cuidados prestados é tão importante que muitos dos pacientes cabo-verdianos são referidos para o exterior para beneficiarem de exames complementares de diagnóstico inexistentes no país.

É nesse contexto que entre as orientações estratégicas da PNS se destaca, não só a criação de condições técnicas e humanas mínimas para exames complementares de rotina a instalar nos diferentes níveis de atenção de acordo com a complexidade de situações de doença a tratar, como também se recomenda, em obediência ao princípio de racionalidade técnica e da rentabilidade económica, a necessidade de concentrar, em instituições especiais, os recursos humanos e técnicos susceptíveis de assegurar a possibilidade de realizar intervenções mais sofisticadas.

Com o PNDS projecta-se estruturar em rede, laboratórios de análises clínicas para potenciar, através da concentração, os recursos humanos e técnicos para oferecer uma maior e melhor resposta às necessidades clínicas e de saúde pública desse tipo de exames complementares de diagnóstico e de tratamento.

Também se prevê, nesse mesmo quadro a implantação dum serviço nacional de imagiologia, descentralizado e hierarquizado e a criação de condições para a realização de exames de citologia nas regiões sanitárias e de exames de histologia num laboratório nacional de anatomia patológica.

De igual modo, a instalação dum serviço de telemedicina, em rede nacional e em ligação a centros internacionais, permitirá alargar e melhorar a resposta a problemas mais complexos, introduzindo os benefícios oferecidos pelas novas tecnologias no complemento da capacidade de diagnóstico e de tratamento, à distância.

Estratégias operacionais

1. Criação nos estabelecimentos sanitários das condições necessárias (equipamentos, aparelhos e consumíveis,) para realizar exames complementares de diagnóstico e de tratamento, adaptados aos diferentes níveis de complexidade;
2. Definição das redes de laboratórios de análises clínicas, de imagiologia, de anatomia patológica tendo em atenção a concentração de recursos humanos e técnicos;
3. Instalação de uma rede abrangente de telemedicina;

Metas

1. Assegurar, até finais de 2009, a instalação de equipamentos, instrumentos e consumíveis necessários ao desempenho das funções de cada uma das instituições sanitárias e serviços hospitalares;
2. Até 2009 ter concluído a implementação de uma rede de laboratórios capaz de responder às necessidades relativamente às doenças prevalentes em Cabo Verde;
3. Criar até 2010 um serviço nacional de imagiologia;
4. A partir de 2009 dotar os dois hospitais centrais com um serviço de anatomia patológica equipado para responder às necessidades prevalentes.

Actividades/Intervenções

1. Definir as características e natureza das redes/serviços complementares de diagnóstico e tratamento a criar;
2. Elaborar o quadro institucional [estatutos e regulamentos] de cada uma das redes/serviços complementares de diagnóstico e tratamento, a criar;
3. Mobilizar recursos necessários à instalação das redes/serviços complementares de diagnóstico e tratamento;
4. Capacitar os recursos humanos das redes;
5. Implementar /Instalar em fases sucessivas os diferentes laboratórios/serviços de diagnóstico e tratamento integrantes das redes projectadas;
6. Criar mecanismos de supervisão e inspecção para garantir a qualidade e eficiência dos exames.

Resultados esperados

1. Redes/Serviços de exames complementares de diagnóstico e tratamento criados e operacionais;
2. Supervisão e controlo da qualidade dos exames garantidos.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGS, DGF, DGRHA/DGPOG, Hospitais e Delegacias de Saúde
2. Parceiros Nacionais: Ministério de Finanças, DG Cooperação Internacional, sector privado da saúde, INPS;
3. Parceiros internacionais: OMS, bilaterais

Indicadores de avaliação

1. Números de instituições sanitárias com serviços de diagnóstico e tratamento operacionais com qualidade, segundo nível de complexidade;
2. Número de redes/serviços de diagnóstico e tratamento criados
3. Estatutos e regulamentos publicados.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Documentos de publicação dos estatutos e regulamentos;
2. Relatórios dos estabelecimentos de saúde
3. Relatórios anuais do Ministério da Saúde.

Sustentabilidade

Pontos fortes

1. Orientações estratégicas da PNS;
2. Existência de alguma capacidade nacional;

Pontos fracos

1. Dificuldades financeiras para fazer face às necessidades;
2. Não priorização da implementação de serviços de ponta pelos parceiros;
3. Dependência dos mercados externos

Condicionantes ambientais

1. Normas restritivas dos doadores na atribuição de financiamento para aquisição de equipamentos;
2. Pressões do mercado

Quadro lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 4: Criação de um serviço de manutenção preventiva e de reparação para garantir a continuidade das instalações e o funcionamento dos equipamentos

Situação actual

Cabo Verde dispunha, em 2007, como infra-estruturas de saúde de dois Hospitais Centrais, três Hospitais Regionais, vinte e seis Centros de Saúde, trinta e três Postos Sanitários e cento e doze Unidades Sanitárias de Base, além de outros estabelecimentos como os Centros de Saúde mental da Trindade na Cidade da Praia e da Ribeira da Vinha na cidade do Mindelo e outros ainda em construção.

Diversas dessas estruturas encontram-se em remodelação ou aguardando substituição por outras em construção, porque boa parte delas tem sido considerada não adaptada ao conteúdo funcional e, por vezes em estado de conservação deficiente.

Cada tipo de estrutura está dotado de equipamento, incluindo aparelhos e instrumentos utilizados para a realização de exames complementares de diagnóstico. Muitos dos equipamentos disponíveis nas estruturas encontram-se, na sua generalidade, em fase de desgaste avançado, pouco diferenciados ou em estado de funcionamento que põe em dúvida a qualidade dos exames feitos.

O estado em que se encontram alguns edifícios do SNS e equipamentos deve-se não só à sua vetustez como também à inexistência ou irregularidade de cuidados de conservação, manutenção ou reparação de qualidade.

No que concerne aos equipamentos, a diversidade de modelos e origem dos mesmos agrava mais a situação na medida em que não é possível programar-se um stock razoável e de baixo custo de peças sobresselentes.

Por outro lado os esforços envidados para a formação de agentes de manutenção e de reparação de equipamentos medico-hospitalares não deu resultados duradouros na medida em que a maioria partiu em busca de melhores salários em empresas privadas.

É nesse contexto que se deve prever, no quadro do PNDS e no seio da gestão do património do SNS a criação de um departamento técnico encarregado de assegurar, através de avenças com empresas nacionais e convenções com os fornecedores de equipamentos no mercado internacional, um serviço de conservação, manutenção regular de edifícios e de manutenção preventiva de aparelhos, instrumentos e outros equipamentos utilizados no funcionamento dos diversos serviços de prestação de cuidados de saúde.

A formação de novos agentes de manutenção ou a constituição de oficinas dependentes do Ministério deve ser condicionada pela realização de um estudo sobre a situação em termos de reparação e manutenção preventiva podendo optar-se transitoriamente pela terciarização.

Estratégias operacionais

1. Terciarização na manutenção e reparação do parque imobiliário e de equipamentos do SNS;
2. Reforço das capacidades institucionais na área de manutenção dos equipamentos;
3. Estabelecimento de convénios com fornecedores de equipamentos para assegurar a manutenção, após venda, dos aparelhos, mobiliário e outros equipamentos, já disponíveis no mercado internacional.

Metas

1. Dispor, até finais de 2008, de um estudo sobre soluções alternativas a preços satisfatórios de contratos de manutenção/reparação do parque imobiliário do SNS;
2. Dispor de um estudo sobre a situação institucional de manutenção até final de 2008;
3. Conseguir, até finais de 2009, os resultados de uma prospecção do mercado internacional para identificar fornecedores de equipamentos de qualidade capazes de assegurar a bom preço e com qualidade, a manutenção/reparação, após venda, dos aparelhos e equipamentos adquiridos;

Actividades/Intervenções

1. Criar um departamento técnico de gestão do património físico do SNS;
2. Proceder a uma análise exaustiva da situação do parque imobiliário do SNS;
3. Elaborar e implementar planos plurianuais de reparação e manutenção preventiva e de substituição dos equipamentos;
4. Estabelecer contratos de prestação de serviços com empresas nacionais de construção;
5. Realizar com a periodicidade necessária concursos internacionais e contratos com fornecedores de equipamentos que garantam a assistência técnica pós venda;
6. Mobilizar os recursos financeiros para a implementação dos planos plurianuais;
7. Supervisionar regularmente o património físico do SNS e as actividades de manutenção.

Resultados esperados

1. Departamento técnico de gestão do património físico do SNS criado e operacional;
2. Melhor conhecimento do parque imobiliário e de equipamentos do SNS;
3. Capacidade de reparação e manutenção preventiva melhorada;
4. Assistência técnica pós venda garantida pelos fornecedores;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da saúde: DGRHA/DGPOG, DGS, DGF, Hospitais, Delegacias de Saúde
2. Parceiros nacionais: MIT, Ministério Finanças, sector privado,
3. Parceiros internacionais: fornecedores, BAD,

Indicadores de avaliação

1. Numero de estabelecimentos do SNS em processo de reparação e manutenção preventiva segundo o previsto no plano;
2. Numero de estabelecimentos de saúde com aparelhos e equipamentos substituídos segundo o previsto no plano;
3. Documento de análise de situação do parque imobiliário e de equipamentos;
4. Proporção dos equipamentos fornecidos com assistência técnica garantida.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatório de análise da situação do parque imobiliário e de equipamentos do SNS;
2. Contratos assinados com empresas locais de manutenção/conservação do património imobiliário do SNS;
3. Concursos internacionais
4. Convenções assinadas com empresas estrangeiras de fornecimento de equipamentos, disponíveis a assumir a manutenção pós venda;
5. Relatórios do departamento técnico de gestão do património físico do SNS.

Sustentabilidade

Pontos fortes

1. Vontade política

Pontos fracos

1. Constrangimentos orçamentais;
2. Deficiente capacidade institucional de retenção de técnicos especializados na manutenção e reparação de equipamentos;
3. Dependência do mercado externo.

Condicionantes ambientais

1. Concorrência no mercado de trabalho de técnicos da área de manutenção;
2. Custos elevados

Quadro lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

VII.5. PROGRAMA DE SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SECTOR DE SAUDE

O Programa de sustentabilidade financeira do sector da saúde compreende os seguintes componentes:

1. **Aumento da capacidade de arrecadação das contribuições, cobranças e de mobilização de recursos para o sector da saúde**
2. **Reforço das estruturas da administração financeira e contabilística**
3. **Contribuição para o Desenvolvimento dos Sistemas de Protecção social, de Seguro de saúde e de iniciativas comunitárias de financiamento (Mutualidades de saúde)**

Componente 1: Aumento da capacidade de arrecadação de contribuições e da mobilização de recursos para o sector da saúde

Situação actual

A evolução das despesas de saúde aponta para um rápido crescimento, cerca de 30%, de 2000 a 2004, mormente no que diz respeito aos encargos com o funcionamento do Sector público. Entre outras razões para tal, destaca-se o aumento da cobertura sanitária, a introdução gradual das novas tecnologias de saúde, o crescente peso das doenças crónicas e o aumento relativo da população idosa. Tendencialmente os custos com a saúde irão aumentar, e, consequentemente, a necessidade de obter mais recursos financeiros para o funcionamento sustentável do Serviço Nacional de Saúde.

O financiamento dos serviços e das despesas totais de saúde (incluindo o sector privado) conta, essencialmente com as seguintes fontes: Governo central, Municípios, regimes de Protecção social, Famílias e Cooperação Internacional, e ainda ONGs e instituições seguradoras. Em termos proporcionais, em 2004, a contribuição do Estado representou cerca de 33%, o INPS 22%, as famílias 24% (projectões à partir dos resultados do IDRF 2001/2002) e a ajuda pública ao desenvolvimento 21% do total das despesas de saúde.

As famílias, através de um pagamento directo, contribuem no financiamento de cerca de 24% do total das despesas de saúde. Este montante ronda os 841 mil contos anuais e representa cerca de 2% do total das despesas das famílias (IDRF 2001 e 2002). Em média, os agregados familiares gastam cerca de 700 escudos mensais com a sua saúde, valor que varia consoante as suas características socioeconómicas e o local de residência. Os pobres gastam mensalmente 188 escudos, em média, enquanto os outros gastam 893 escudos, ou seja 4,8 vezes mais.

Para garantir a sustentabilidade financeira da saúde, caberá ao Governo definir uma estratégia nacional de financiamento, incluindo uma contribuição acrescida dos recursos do orçamento do Estado mas, também, dos parceiros nacionais, nomeadamente, o Sistema Nacional de Segurança Social, as autarquias locais, as comunidades, e dos parceiros internacionais.

O aumento das receitas fiscais provenientes do crescimento do PIB (6,5 a 7% entre 2006 e 2007), permite, entre outras prioridades, um incremento da contribuição do orçamento do Estado para a saúde para fazer face à crescente demanda social.

Assim, durante a vigência do PNDS, esforços deverão ser feitos para aumentar os recursos financeiros para a saúde, por um lado, e o desenvolvimento de mecanismos de seguimento do impacto das medidas, nomeadamente na utilização dos serviços por outro, de modo a garantir o acesso equitativo aos programas de saúde pública.

Estratégias operacionais

1. Definição de uma estratégia nacional de financiamento de saúde, incluindo os mecanismos de seguimento e avaliação do impacto;
2. Promoção do mecenato no sector da saúde;
3. Reforço da mobilização de fundos da cooperação, em condições favoráveis, para apoiar actividades específicas;
4. Desenvolvimento das capacidades técnicas em economia da saúde e gestão.

Metas

1. Em 2009, definir e aprovar a estratégia nacional de financiamento que garanta a sustentabilidade do sector;

2. Aumentar progressivamente a proporção do OGE afecto ao sector da saúde, acima dos 10%, assim como a parte atribuída aos sectores com influência nos determinantes da Saúde;
3. Aumentar o nível da ajuda externa para a saúde acima de 20%;
4. Aumentar a arrecadação das contribuições dos regimes de Protecção social e de seguros de saúde;
5. Aumentar a cobrança equitativa de cuidados através da implementação correcta da Tabela de Cuidados de Saúde em todas as estruturas;

Intervenções/Actividades

1. Definir, aprovar e implementar a estratégia nacional de financiamento que garanta a sustentabilidade do sector (incluindo identificação de novas fontes);
2. Elaborar o quadro das despesas da saúde a médio prazo (QDS_MT: plano plurianual integrado das despesas de funcionamento e de investimentos);
3. Elaborar o orçamento anual do Ministério da Saúde tendo em conta o QDS_MT;
4. Implementar um sistema de facturação/cobrança, transparente, nos serviços de saúde;
5. Criar mecanismos de seguimento dos encargos com a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do INPS e outros sistemas de protecção social com vista à actualização das contribuições;
6. Propor a revisão da legislação relativa ao seguro obrigatório de acidente de viação, acidentes de trabalho e doenças profissionais;
7. Promover a aplicação de incentivos fiscais para acções de mecenato na saúde;
8. Elaborar uma carteira de projectos de investimentos para a mobilização de recursos externos;
9. Formar/reciclar economistas de saúde e gestores;

Resultados esperados

1. Estratégia Nacional de financiamento elaborada;
2. QDS-MT elaborado e implementado;
3. Carteira de projectos de investimentos elaborada e implementada;
4. Instrumentos de facturação e mecanismos de cobrança implementados;

Indicadores de avaliação

1. Despesas públicas de saúde em percentagem do total do orçamento do Estado;
2. Despesas de saúde financiadas com recursos externos em percentagem do total das despesas de saúde;
3. Despesas dos regimes de Protecção social com a saúde em percentagem do total das despesas públicas;
4. Pagamento directo dos utentes em percentagem das despesas privadas de saúde (Inquérito Despesas, INE);
5. Seguros de saúde em percentagem das despesas privadas de saúde;
6. Nº de especialistas de economia de saúde formados e recrutados;

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Balanço da execução do Orçamento Geral do Estado;
2. Balanço da execução do Programa de investimentos;
3. Inquérito de despesas e receitas familiares;
4. Relatórios das entidades gestoras do regime de Protecção social e de Seguros;

5. Relatório Estatístico do Ministério da Saúde.

Sustentabilidade/Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política para garantir a sustentabilidade do sistema nacional da saúde;
2. Existência de uma Estratégia Nacional de Crescimento e Redução da Pobreza;
3. Crescimento anual do PIB e aumento das receitas fiscais;

Pontos fracos

1. Índice elevado de pobreza;
2. Implementação deficiente da tabela de cuidados de saúde;

Condicionantes ambientais

1. Provável redução da ajuda pública ao desenvolvimento pela graduação do País a PDM
2. Recurso injustificado ao atestado de pobreza na assistência médica e medicamentosa.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 2: Reforço das estruturas da Administração financeira e contabilística

Situação actual

A gestão contabilística e financeira dos serviços de saúde é balizada pelas normas e procedimentos dos serviços públicos e caracterizada, ainda, pela sua centralização. Os hospitais centrais dispõem de autonomia administrativa e financeira e as delegacias de saúde foram mais recentemente dotadas de autonomia para a gestão das receitas arrecadadas.

Contudo, as medidas introduzidas pela reforma das finanças públicas, nomeadamente, o novo plano de contabilidade pública, a implementação de um novo sistema de informação financeira (SIGOF), em vias de aplicação no Hospital Central Agostinho Neto e na Região Sanitária de Santiago Norte, perspectivam a introdução de um sistema de gestão financeira integrada no Sector público de saúde que irá desenvolver-se através das seguintes etapas:

1. Definição dos centros de custos.
2. Adaptação do Plano Nacional de Contabilidade Pública aos serviços do SNS.
3. Informatização (parametrização) do sistema de informação tendo em vista a aplicação da nova tabela de custos.
4. Integração da gestão do pessoal, medicamentos e outros produtos de saúde, e economato.
5. Supervisão da gestão financeira e dos recursos a nível das estruturas de saúde.

Este sistema permitirá a elaboração das contas nacionais de saúde, a eficácia na atribuição dos recursos por programas e serviços e o incremento na utilização dos recursos.

Para fazer face às exigências de uma gestão financeira e contabilística com esses novos preceitos, não existe ainda pessoal técnico competente.

Nesse contexto, serão feitos esforços, no âmbito do PNDS, para generalizar a aplicação do sistema de gestão a todas as estruturas do SNS com vista a melhorar a gestão financeira e contabilística do sector.

Estratégias operacionais

1. Reforço das capacidades do Ministério da Saúde para o acompanhamento e reacção tempestiva às reformas das finanças públicas;
2. Modernização da gestão financeira dos serviços de saúde;
3. Introdução de mecanismos de controlo dos gastos com medicamentos e acessórios médicos, através da adopção de protocolos de diagnóstico e tratamento;
4. Desenvolvimento das capacidades técnicas em economia da saúde e gestão.

Metas

1. Até finais de 2008, concluir a implementação do Plano Nacional de Contabilidade Pública em todos os serviços do SNS;
2. Até finais de 2009, ter o sistema de gestão financeira integrada funcional em todos os serviços de saúde;
3. Em 2009, elaborar as contas nacionais de saúde de 2008;
4. Até 2011, instituir no Ministério da Saúde um sistema de auditoria permanente.

Intervenções/Actividades

1. Prosseguir a implementação do Plano Nacional de Contabilidade Pública e do sistema de gestão financeira integrada em todos os serviços de saúde

2. Elaborar as Contas Nacionais de Saúde;
3. Recrutar especialistas e reforçar as competências nas áreas de economia de saúde, gestão, auditoria, planeamento, monitorização e avaliação;
4. Elaborar estudos de custo/eficácia com vista a adopção e revisão de estratégias de prestação de cuidados;
5. Instituir normas e procedimentos para a gestão e utilização eficiente dos recursos, mecanismos transparentes e eficazes na aquisição de bens e serviços com a assessoria e directrizes do Ministério das Finanças e Administração Pública
6. Introduzir um sistema de seguimento e avaliação do impacto na população das medidas financeiras.

Resultados esperados

1. Competências nas áreas de economia de saúde e gestão reforçadas;
2. Estudos de custo/eficácia realizados e utilizados;
3. Mecanismos transparentes e eficazes de gestão financeira implementados;
4. Contabilidade dos serviços aperfeiçoada e conforme às normas nacionais;
5. Sistema informático de administração financeira (SIGOF) implementado;
6. Sistema de auditoria implementado;
7. Contas Nacionais de Saúde publicadas.

Indicadores de avaliação

1. Nº de serviços com o novo sistema de contabilidade e gestão financeira implementado;
2. Estudos de custos/eficácia realizados;
3. Nº. de técnicos especializados recrutados.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios de controlo interno elaborado;
2. Relatório das Contas Nacionais de Saúde;
3. Relatório estatístico do Ministério da Saúde.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Reforma das Finanças públicas em curso;
2. Reforma da Administração pública em curso;
3. Ambiente de Novas tecnologias de Informação.

Pontos fracos

Insuficiência de pessoal qualificado nas áreas de contabilidade e finanças;
Ausência de uma carreira de técnicos na matéria.

Condicionantes ambientais

1. Restrições orçamentais para recrutamento de pessoal;
2. Reduzida capacidade de fixação de economistas e gestores no sector da saúde.

Quadro lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Componente 3: Contribuição para o desenvolvimento dos Sistemas de Protecção social, de Seguro de saúde e iniciativas comunitárias de financiamento [Mutualidades de saúde]

Situação actual

O financiamento das actividades desenvolvidas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde é assegurado pelo Orçamento Geral do Estado, pelos utentes, pelas entidades gestoras do Seguro-doença e outros seguros, na parte correspondente às suas responsabilidades legais ou contratuais, pelos subsistemas de saúde e por terceiros responsáveis pelos factos determinantes da prestação de assistência⁵¹. Nesse âmbito a comparticipação nos custos da saúde é um dever de todos.

Cabe, no entanto, ao Estado suportar a prestação de cuidados a doentes vulneráveis e grupos especiais estabelecidas por Lei. Esta questão necessitará de uma regulamentação adequada com vista a uma cobertura apropriada e o combate ao recurso abusivo aos atestados de pobreza.

Para melhorar os sistemas de protecção social existentes desde os anos oitenta, foi aprovada em 2001 a Lei de Bases de Protecção Social⁵² que define os três regimes seguintes: i) Protecção de Base ou Rede de Solidariedade; ii) Protecção Social Obrigatória; iii) Protecção Social Complementar.

Esses regimes funcionam de forma independente e abrangem as seguintes situações:

1. O regime de Protecção de Base ou Rede de Solidariedade cobre os beneficiários da protecção social mínima e pensionistas das FAIMO é financiado pelo Orçamento Geral do Estado, Municípios, donativos, projectos específicos e outros;
2. O regime da Protecção Social Obrigatória ou de Segurança Social cobre cerca de 60% da população e abrange os trabalhadores por conta de outrem ou por conta própria, os funcionários e demais servidores do Estado, das autarquias locais, dos institutos públicos e outros e os trabalhadores bancários;
3. O regime de Protecção Social Complementar abrange, com carácter facultativo, por ramos profissionais de actividade ou empresa, as pessoas inscritas num dos regimes de protecção social obrigatória, assumindo a forma de convenção que deve ser assinada e homologada pelo departamento do Governo, responsável pela Solidariedade Social.

Não obstante o carácter universal da Lei de Bases de Protecção Social existem muitas pessoas ainda não integradas em qualquer dos regimes anteriores, nomeadamente os trabalhadores do sector informal, empregadas domésticas e trabalhadores rurais. Em Santiago, com a dinamização, nomeadamente, do Fórum Cooperativo, e, em S. Vicente por iniciativa sindical começaram a surgir as primeiras mutualidades de saúde. Esses mecanismos poderão desenvolver um papel importante de protecção social, mormente para as pessoas que não estão devidamente protegidas.

A protecção para as situações de acidentes de trabalho, doenças profissionais e acidentes de viação é assumida pelas companhias de seguro.

Durante a vigência do PNDS é do interesse do Ministério da Saúde reforçar a colaboração com os diferentes regimes de protecção e de solidariedade social com vista a cobrir toda a população, eliminar os atestados de pobreza e contribuir para a sustentabilidade do sistema de protecção social.

Estratégias operacionais

⁵¹ Lei de Bases de Saúde, artigo 37

⁵² Lei nº 131/V/2001, de 22 de Janeiro

1. Colaboração com as entidades gestoras dos regimes de protecção social, incluindo o INPS para o desenvolvimento da solidariedade social e sustentabilidade do sistema;
2. Colaboração com as seguradoras nacionais para alargar a cobertura dos seguros sociais;
3. Colaboração com os promotores das iniciativas comunitárias de financiamento (mutualidades de saúde) para alargar a cobertura da sua acção e garantir a sua sustentabilidade.

Metas

1. Criar a partir de 2009, mecanismos de colaboração com as mutualidades de saúde;
2. A partir de 2009, rever os mecanismos de financiamento dos cuidados de saúde pelas entidades gestoras dos regimes de protecção social;
3. A partir de 2008, contribuir para a revisão da legislação relativa aos acidentes de viação e os mecanismos da sua aplicação;
4. Regulamentar a protecção social às franjas vulneráveis da população e eliminar os atestados de pobreza até 2011.

Intervenções/actividades

1. Celebrar/rever e acompanhar a implementação de acordos de parceria com as instituições responsáveis pelas diferentes modalidades de protecção social;
2. Participar na revisão da legislação relativa aos acidentes de viação;
3. Promover intercâmbios com outros países no domínio de sistemas de seguros de saúde com vista à melhoria da resposta dos serviços e introdução de mecanismos de controlo dos encargos para os serviços de saúde;
4. Participar na regulamentação da Protecção social das populações vulneráveis.

Resultados esperados

1. Sistemas de protecção social com uma cobertura mais ampla;
2. Colaboração entre o Ministério da Saúde e as Entidades gestoras dos regimes de protecção social institucionalizada e funcional;
3. Populações vulneráveis com maior facilidade de acesso aos cuidados de saúde.

Indicadores

1. N° de acordos de parceria assinados com as instituições responsáveis pelos diferentes regimes de protecção social;
2. % De população coberta por um sistema de protecção social;

Mecanismos de avaliação

1. Actas dos encontros de seguimento dos acordos de parcerias entre o Ministério da Saúde e instituições gestoras dos regimes de protecção social.
2. Relatórios das Instituições responsáveis pelas diferentes modalidades de Protecção social e companhia de seguros.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência de um sistema de protecção social experiente e operacional;
2. Existência de iniciativas de associativismo na população;
3. Reforma do Sistema de Protecção social em curso

Pontos fracos

1. Limitada capacidade de negociação do Ministério da Saúde neste domínio;
2. Escassez de técnicos da área social no Ministério da Saúde.

Condicionantes ambientais

Elevados índices de pobreza na população;

Quadro lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

VII.6. PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SECTOR FARMACÊUTICO

O Programa de Desenvolvimento do Sector Farmacêutico compreende os quatro seguintes componentes:

- 1: Actualização do quadro jurídico para o Sector Farmacêutico de Cabo Verde**
- 2: -Garantia do aprovisionamento regular de medicamentos e produtos farmacêuticos seguros, eficazes e a preços acessíveis à maioria da população**
- 3: - Desenvolvimento e incentivo da função reguladora da actividade farmacêutica do Ministério da Saúde**
- 4: Afectação de recursos humanos qualificados e suficientes para o sector**

COMPONENTE 1: Atualização do quadro jurídico para o Sector Farmacêutico de Cabo Verde

Situação actual

O sector farmacêutico, em 2003, estava regulamentado por um conjunto de diplomas legais, alguns dos quais a precisar de revisão para um ajustamento às condições actuais do país, nomeadamente:

1. Decreto-lei nº 92/92 de 20 de Julho e Lei nº 78/IV/93 de 12 de Julho sobre o controlo do mercado ilícito de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores;
2. Decreto-lei nº 56/93 de 06 de Setembro e Decreto Regulamentar nº 14/93 de 13 de Setembro sobre Licenciamento e funcionamento de farmácias privadas;
3. Decreto-lei nº 03/93 de 15 de Fevereiro relativo à autorização da introdução de medicamentos no mercado;
4. Decreto-lei nº 18/2001 de 17 de Setembro relativo à Lista Nacional de Medicamentos;

A análise da situação do sector em 2003, demonstrou que o quadro legislativo e regulamentar continha lacunas e deficiências que o tornavam inadequado à realidade nacional, havendo necessidade da sua revisão para agilizar o funcionamento dos serviços.

É nesse contexto que, após a formulação da Política Farmacêutica Nacional [PFN], em Julho de 2003, se encetou o processo da reforma da legislação farmacêutica, tendo sido revistos:

1. Decreto-lei do Medicamento [53]: que regula a Autorização de introdução no mercado (AIM), o Fabrico, a Importação/Exportação, Comercialização, Donativos, Publicidade, Inspeção farmacêutica e Contra-ordenações dos produtos farmacêuticos foi publicado em finais de 2006.
2. Decreto-lei do Licenciamento de Farmácias [54]: que regula a Propriedade da farmácia foi publicada em Setembro de 2007, e as portarias que regulam o licenciamento e o funcionamento das farmácias privadas em Outubro de 2007.

O Decreto-lei nº 18/2001 de 17 de Setembro relativo à Lista Nacional de Medicamentos carece de revisão periódica.

Para completar o quadro legislativo e regulamentar precisam ser elaborados os seguintes diplomas legais para podermos implementar a PFN, respectivamente:

1. Farmacovigilância e Comissão Nacional de Farmacovigilância;
2. Regulamentação da Comissão Nacional de Medicamentos
3. Política de genéricos e prescrição e dispensa de medicamentos
4. Produtos de saúde (Dispositivos médicos) e Cosméticos;
5. Produtos à base de plantas;
6. Produtos homeopáticos;
7. Adopção de Boas Práticas de Farmácia (BPF), Boas Práticas de Distribuição de Medicamentos (BPDM) e Boas Práticas de Fabrico (BPF);
8. Exercício profissional da actividade farmacêutica;
9. Informação farmacêutica;
10. Regulamento da Farmácia hospitalar.
11. Legislação sobre o controlo do mercado ilícito e da contrafacção

185_____

[53] – Nº 59/2006 e publicado em Dezembro de 2006,

[54] - DL nº 34/2007 de 24 de Setembro e Portarias Nº 31 e 32/2007 de 15 de Outubro

Estratégias operacionais

1. Discussão multidisciplinar para estabelecer as linhas gerais dos conteúdos da legislação a elaborar [Reunião do Comissão Nacional do Medicamento alargada a Médicos, responsáveis dos Hospitais e de Delegacias de saúde];
2. Recurso a consultores internacionais incluindo da OMS;
3. Estabelecimento de um quadro jurídico abrangente a todas as actividades do sector farmacêutico, incluindo a garantia da qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos e sua acessibilidade a todos os cabo-verdianos.

Metas

1. Implementação das leis do Medicamento e da propriedade de Farmácia em 2008;
2. Elaboração e aprovação dos diplomas legais sobre medicamentos: Política de genéricos; Prescrição e dispensa de medicamentos, contrafacção e mercado ilícito de medicamentos; Farmacovigilância, em 2008
3. Elaboração e aprovação, em 2010, dos diplomas Produtos de saúde; Exercício profissional da actividade farmacêutica
4. Revisão e publicação das listas LNM e LME para as ajustar às necessidades e evolução do perfil epidemiológica do país;
5. Tornar a Comissão Nacional de Medicamentos permanente;

Actividades/Intervenções/Propostas

1. Elaborar e aprovar normas para a implementação da legislação sobre Medicamento
2. Elaborar e aprovar normas para a implementação da legislação sobre Licenciamento de Farmácias;
3. Elaborar a legislação sobre Política de Genéricos,
4. Elaborar a legislação sobre Prescrição e Dispensa de medicamentos;
5. Proceder à regulamentação da Comissão Nacional de Medicamentos;
6. Elaborar legislação sobre Produtos de saúde
7. Elaborar legislação sobre fitofarmacêuticos,
8. Elaborar legislação sobre Farmacovigilância
9. Elaborar legislação sobre Exercício da actividade farmacêutica.
10. Rever a Lista nacional de medicamentos e a Lista De Medicamentos Essenciais.
11. Elaborar a legislação sobre contrafacção e mercado ilícito de medicamentos
12. Elaborar lista de medicamentos sujeitos a receita médica obrigatória e medicamentos não sujeitos a receita médica.

Resultados esperados

1. Legislação elaborada, aprovada e criadas as condições para a sua correcta aplicação;
2. Comercialização de medicamentos regulamentada;
3. Exercício da profissão farmacêutica regulamentada e sob supervisão/inspecção;
4. Política de importação e distribuição dos medicamentos genéricos elaborada, aprovada e devidamente implementada;
5. Regulamento da Comissão Nacional de Medicamentos aprovada e publicada.

Organismos e Instituições responsáveis

1. Ministério da Saúde: DGF, DGS, IGS, DGRHA;
2. Parceiros a nível nacional: DGC, OM, ANFarm, e ARFA;
3. Parceiros da cooperação bilateral e multilateral: Brasil, Portugal; OMS, OOAS.

Indicadores de avaliação

1. Leis e outros diplomas legislativos publicados em edições sucessivas do Boletim oficial;
2. Listas de medicamentos, LNM e LME, revistas e publicadas no B.O de dois em dois anos;
3. Comissão Nacional de Medicamentos com respectivo regulamento publicado no B.O.

Mecanismos de Seguimento e Avaliação

1. Boletim oficial da República de Cabo Verde [Publicação de normas sobre a legislação];
2. Publicação de resultados de pesquisa relativa a problemas do sector farmacêutico.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fracos

1. Dificuldades de financiamento;
2. Insuficiência de recursos humanos qualificados;
3. Fraca divulgação da LNM e LME;
4. Insuficiente seguimento e controlo da implementação da LNM e LME.

Pontos fortes

1. Vontade política para a implementação da legislação elaborada;
2. Revisão recente dos diplomas sobre medicamentos e licenciamento de farmácias;
3. Existência de um serviço de inspecção;
4. Revisão periódica das LNM e LME.

Condições ambientais

1. Pobreza e extrema pobreza, numa proporção importante da população;
2. Limites do Orçamento do Estado;

PNDS 2008-11: Custos e fontes de financiamento do Programa de Desenvolvimento do Sector Farmacêutico

COMPONENTE 2: Garantia do aprovisionamento regular de medicamentos e produtos farmacêuticos seguros, eficazes e a preços acessíveis à maioria da população

Situação actual

Em Cabo Verde o aprovisionamento dos medicamentos faz-se essencialmente com produtos importados pela Emprofac [55] e com fármacos confeccionados localmente pela Inpharma em um terço das necessidades do mercado.

A rede de distribuição dos medicamentos ao público, conta actualmente com i) 2 depósitos de medicamentos (Central, na Praia e Regional na cidade do Mindelo); ii) 30 farmácias públicas das quais 7 nos hospitais centrais e regionais e 23 nos centros de saúde; iii) 27 farmácias privadas e iv) 12 postos de venda de medicamentos.

A distribuição dos medicamentos e produtos de saúde por concelho, no sector público, aumentou entre 2005 e 2006, não só em termos financeiros, mais de 25%, como também relativamente à quantidade e diversidade dos fármacos disponibilizados, e ainda pelo facto de se ter procedido à renovação de equipamentos básicos nos estabelecimentos sanitários.

Os medicamentos dispensados pelas farmácias dos serviços públicos de saúde, aos pacientes atendidos em consulta externa são, em cerca de 99% gratuitos. De notar, porém, que a nova Tabela de Cuidados de Saúde, implementada desde Maio de 2007, prevê uma comparticipação equitativa da população nos custos das prestações, incluindo medicamentos.

A venda de medicamentos no sector privado através da EMPROFAC é estimada em cerca de 765 mil contos correspondendo a 75% das vendas totais de fármacos no país. Os preços dos produtos farmacêuticos no sector público são três a cinco vezes mais baixos. Esta percentagem está relacionada com os custos de medicamentos e não com as quantidades. Isto explica, em parte, a diferença entre a percentagem de medicamentos vendidos no privado e no público.

A privatização programada da Emprofac e a liberalização da importação de medicamentos pode ter consequências imprevisíveis, traduzindo-se provavelmente no aumento generalizado dos preços e o risco de entrada de produtos sem qualidade garantida.

A qualidade dos produtos que circulam actualmente no mercado é determinada pelo processo de certificação da OMS, e confirmada pelos certificados de controlo de qualidade dos produtos, apresentados pelos fornecedores. O Laboratório Nacional de controlo de Qualidade de Medicamentos, temporariamente desactivado, está em processo de renovação sob a responsabilidade da ARFA [Agência Reguladora de fármacos e alimentos].

A venda de medicamentos produzidos localmente [56] tem vindo a aumentar progressivamente. A indústria farmacêutica nacional beneficia não só da isenção de direitos alfandegários para as matérias-primas destinadas à fabricação e o material de embalagem, como ainda os seus produtos são dispensados de concurso para o abastecimento do mercado interno.

A percentagem do Orçamento do Estado atribuído ao Sector público da Saúde tem oscilado à volta de 9%, sendo 1/5 desse montante dedicado aos medicamentos e acessórios. A despesa por pessoa com medicamentos e acessórios é estimada em cerca de 750 ECV equivalente a 10 USD dos quais 500 ECV (6 USD) para medicamentos. [57]

189_____

[55] – Empresa estatal [Dec-lei n.º 51/79] criada para racionalizar a importação; assegurar distribuição grossista aos sectores público e privado; assumir a estandardização de preços dos produtos.

[56] - A Inpharma foi criada em 1993, essencialmente para: i) Reforçar a autonomia do país num sector estratégico; ii) Redução do dispêndio de divisas; iii) Captação de tecnologias e valorização de recursos humanos; iv) Criação de postos de trabalho.

[57] - Relatório DGF 2006

A investigação operacional sobre problemas do sector farmacêutico, nomeadamente no que respeita ao aprovisionamento, distribuição, prescrição e consumo de fármacos nos estabelecimentos de saúde dos diferentes níveis e à auto medicação é importante para melhorar a disponibilidade e a correcta utilização dos medicamentos nas estruturas do SNS.

Paralelamente ao abastecimento das Estruturas de Saúde prestadoras de cuidados primários e secundários no país, a DGF vem verificando uma degradação progressiva dos equipamentos médico – cirúrgicos existentes nas mesmas. Há que se programar a reestruturação dos mesmos para melhorar o seu funcionamento.

Estratégias operacionais

1. Importação de medicamentos com base em genéricos e através de concursos públicos;
2. Reforço da distribuição e controlo de stocks pela informatização do sistema e inclusão da rede privada de farmácias.
3. Determinação da acessibilidade aos medicamentos e do perfil de prescrição

Metas

1. Reorganizar, em 2009, o sistema de gestão de stocks e de distribuição dos medicamentos e acessórios;
2. Garantir, a partir de 2009, a disponibilidade permanente de medicamentos essenciais à pelo menos 80% da população e, particularmente aos doentes crónicos;
3. Aumentar a importação de medicamentos genéricos a partir de 2009;
4. Criar a partir de 2008 as melhores condições possíveis para a importação e distribuição, de produtos farmacêuticos tendo em vista a privatização da Emprofac.

Actividades/Intervenções

1. Informatizar a gestão de stocks e distribuição de medicamentos e acessórios;
 2. Planificar, no final do ano antecedente, as necessidades em medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
 3. Garantir a disponibilidade permanente dos medicamentos essenciais;
 4. Aumentar a proporção de genéricos na importação e distribuição de medicamentos;
 5. Elaborar de normas para o funcionamento de todas as farmácias no país.
 6. Participar na elaboração dum projecto de equipamento e material cirúrgico para estruturas sanitárias do SNS;
 7. Realizar estudos para determinar a acessibilidade a medicamentos e perfil de prescrição.
 8. Realizar um estudo sobre o impacto da liberalização do sector farmacêutico nos preços, na disponibilidade e na acessibilidade ao medicamento
 9. Aumentar a proporção de fármacos de produção nacional na LME;
- Aumentar recursos financeiros para aquisição de medicamentos.

Resultados esperados

1. Gestão dos stocks de medicamentos informatizada em todos os Depósitos e estabelecimentos da pirâmide sanitária;
2. Disponibilidade regular dos medicamentos essenciais assegurada em todas as estruturas públicas e privadas;
3. Proporção de genéricos aumentados no plano de aprovisionamento do país;
4. Equipamento e material cirúrgico para a actualização e manutenção das estruturas do SNS elaborado e posto em prática;
5. Impacto da liberalização do sector farmacêutico conhecido e controlado;
6. Acessibilidade aos medicamentos determinada e avaliada.

Organismos e instituições responsáveis

1. Ministério da Saúde: DGF, DGS, IGS, DGRHA;
2. Parceiros a nível nacional: DGC, OM e ARFA; Emprofac, Inpharma e INPS
3. Parceiros da cooperação bilateral e multilateral: Brasil, Portugal; OMS, OOAS.

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de estruturas de saúde com a gestão de medicamentos informatizada;
2. Percentagem de ES equipadas;
3. Frequência de rupturas de stocks de medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
4. Maior racionalidade na programação das necessidades em medicamentos e e seu aprovisionamento, conforme relatórios da DGF;
5. Numero de Estabelecimentos de Saúde com stock de segurança.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Supervisão periódica das actividades farmacêuticas nas estruturas de saúde;
2. Estudos sobre a distribuição, acessibilidade e utilização dos medicamentos;
3. Existência de um exemplar da LME de um formulário, ou LNM.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Orientações para a distribuição de medicamentos na PFN;
2. Existência de um serviço de inspecção e fiscalização;
3. Revisão periódica de LNM e LME;
4. Utilização cada vez maior de genéricos no sector público.

Pontos fracos

1. Fraca disponibilidade de técnicos informáticos para elaboração de programas de gestão de medicamentos;
2. Custos elevados dos transportes aéreos e marítimos, ligados à insularidade do país;
3. Carência de pessoal qualificado nos diferentes escalões da pirâmide sanitária;
4. Limites do Orçamento do Estado

Condições ambientais

1. Dependência dos transportes aéreos e marítimos;
2. Custos ligados à insularidade do país

PNDS 2008-11: Custos e fontes de financiamento do Programa de Desenvolvimento do Sector Farmacêutico

Componente 3: - Desenvolvimento e incentivo da função reguladora da actividade farmacêutica do Ministério da Saúde

Situação actual

O Ministério da Saúde é o departamento do Governo com a incumbência de formular e implementar a política da saúde e as medidas legislativas correspondentes, incluindo aquelas referentes aos medicamentos e outros produtos farmacêuticos e equipamentos hospitalares, sob a responsabilidade directa da Direcção Geral da Farmácia [DGF].

A DGF tem um papel relevante na prestação de cuidados de saúde, enquanto serviço central de regulamentação, orientação, execução, avaliação e inspecção da actividade farmacêutica e também de coordenação e apoio técnico à gestão dos equipamentos médico - hospitalares. Como órgão consultivo em matéria de política de medicamentos funciona no seu seio a Comissão Nacional de Medicamentos. A DGF actua nas seguintes áreas: Licenciamento e Inspecção da Actividade Farmacêutica, Registo e Farmacovigilância e Coordenação e supervisão de toda a actividade de distribuição de medicamentos no País, com as principais competências de:

1. Promover e participar na definição da política relativa ao fabrico, comercialização, importação, exportação, controlo e consumo de medicamentos e outros produtos de saúde;
2. Manter actualizado o registo de medicamentos;
3. Licenciamento de estabelecimentos industriais e comerciais ligados ao sector farmacêutico;
4. Propor diplomas legais e assegurar a sua implementação
5. Garantir o cumprimento das obrigações internacionais relativas a estupefacientes e psicotrópicos;
6. Colaborar com os departamentos competentes no estabelecimento dos critérios de fixação de preços e controlo de qualidade dos medicamentos e outros produtos de saúde,
7. E várias outras funções estabelecidas na lei.

Entretanto foi criada em 2005 a Agencia de Regulação de Produtos Farmacêuticos e Alimentares [ARFA] ^[58] com competências nos domínios de regulação técnica e económica do sector químico-farmacêutico e alimentar. As principais atribuições da ARFA na área farmacêutica são:

1. Colaborar na definição e execução de políticas dos medicamentos de uso humano e veterinários, de produtos de saúde e cosméticos;
2. Participar na elaboração de regras relativas às actividades de investigação, produção, importação, distribuição, comercialização e utilização de medicamentos, produtos de saúde e cosméticos;
3. Garantir a avaliação, inspecção de conformidade e comprovação da qualidade dos medicamentos de uso humano e veterinários e de produtos de saúde;
4. Avaliar, inspecionar e supervisionar a actividade farmacêutica;
5. Estabelecer critérios para a formação de preços de venda de medicamentos, bem como das margens de comercialização;
6. Colaborar com as autoridades competentes, no licenciamento e instalação de indústrias farmacêuticas e dos estabelecimentos do comércio de medicamentos;
7. Fiscalizar a publicidade dos medicamentos.

Para garantir a efectividade da acção reguladora agora repartida por essas duas entidades, a DGF e a ARFA, assegurar a qualidade dos produtos farmacêuticos consumidos pela população cabo-verdiana e evitar duplicações, vazios de regulação e eventuais áreas de conflito uma das principais tarefas do PNDS será regulamentar na prática a repartição de competências e a colaboração.

Com a publicação do Decreto-lei nº 59/2006 sobre o Medicamento, que estabelece as regras do processo da autorização de introdução de medicamentos no mercado e a sua comercialização, o DL nº 34/2007 e as Portarias Nº 31 e 32/2007 sobre o Licenciamento e funcionamento de farmácias privadas,

foram oficializados instrumentos importantes para o exercício da actividade farmacêutica, “lato sensu”, no país.

Estratégias operacionais

1. Reforço da capacidade normativa, regulamentar e de registo da DGF;
2. Institucionalização, em colaboração com a ARFA e outros parceiros dum sistema de garantia de qualidade dos produtos farmacêuticos;
3. Criação duma base de dados para gestão do circuito dos medicamentos.
4. Realização de campanhas de sensibilização e educação e formação dirigidas aos consumidores e aos profissionais de saúde,
5. Combate ao mercado ilícito de medicamentos.

Metas

1. Concluir o recenseamento dos medicamentos em circulação no território nacional em 2008;
2. Avaliar a partir de 2009, os procedimentos relativos à aprovação e emissão da autorização de introdução de medicamentos no mercado (AIM);
3. Dotar a DGF, a partir de 2009, dos instrumentos, normas e procedimentos imprescindíveis ao exercício da função reguladora do sector;
4. Operacionalizar o Serviço de Registo de Medicamentos até 2011,
5. Licenciamento e funcionamento de Farmácias privadas de acordo com a nova legislação, a partir de 2008 [59];
6. Proceder até 2010, à revisão do Guia Farmacoterapêutico;
7. Criar parcerias com as autoridades autárquicas, alfandegas e policiais, para o combate contínuo ao mercado ilícito de medicamentos, a partir de 2008;
8. Criar uma base de dados informatizada para a gestão do sector farmacêutico, a partilhar com as diferentes instâncias da sanitária pública e privada
9. Sensibilizar os profissionais da saúde e as comunidades sobre o uso racional de medicamentos e o combate ao desperdício.

Actividades/Intervenções/Acções

1. Registo preliminar dos medicamentos que circulam no mercado Cabo-verdiano (recenseamento dos medicamentos).
2. Elaboração de procedimentos relativos AIM
3. Melhorar a eficácia dos Serviço de Registo dos Medicamentos;
4. Programar inspecções farmacêuticas periódicas aos estabelecimentos farmacêuticos
5. Criar condições para a aplicação rigorosa da Lei de licenciamento e funcionamento das Farmácias Privadas, incluindo encontros com os proprietários das mesmas;
6. Implementar os instrumentos, normas e procedimentos legais necessários ao exercício da função reguladora do sector.
7. Colaborar com a ARFA na restauração do Laboratório de controlo de Qualidade dos produtos farmacêuticos e na Instituição de um Sistema de Garantia de Qualidade.
8. Revisão do Guia farmacêutico
9. Organizar encontros com profissionais da saúde sobre o uso racional dos medicamentos e o combate ao desperdício
10. Organizar spots TV e rádio e material informativo para as comunidades sobre o uso racional dos medicamentos e o combate ao desperdício;

11. Implementar, em colaboração com a OMS e a Ordem dos Médicos de Cabo Verde, Programas de Sensibilização/Reciclagem dos profissionais Saúde sobre as regras de prescrição e utilização dos medicamentos
12. Organizar, em colaboração com as Câmaras Municipais e as autoridades policiais os meios de combate ao mercado ilícito de medicamentos e realizar encontros trimestrais sobre a problemática.
13. Fazer um estudo sobre o mercado ilícito de medicamentos em Cabo Verde.
14. Criar uma base de Dados do sector farmacêutico.
15. Fazer formações em boas práticas de utilização dos medicamentos; prescrição, dispensa e administração de medicamentos.
16. Fazer formações em actualização Farmacoterapêuticas: Diabetes, doenças cardiovasculares, antibioterapia e terapêutica da dor, etc.,

Resultados esperados

1. A DGF serve-se dos instrumentos necessários ao exercício da sua função reguladora do Sector;
2. Todos os medicamentos em circulação no país estão recenseados, registados e conhecidos relativamente à frequência com que são utilizados;
3. O controlo da Qualidade dos medicamentos feito no país;
4. As Farmácias são inspeccionadas e responsabilizadas sobre as infracções à lei;
5. Guia Farmacêutico revisto e publicitado;
6. Venda de medicamentos na rua erradicada;
7. Prescrição de medicamentos mais racionalizada;
8. População mais informada e sensibilizada sobre o uso racional do medicamento;
9. Base de dados de gestão do sector operacional, em utilização compartilhada com os profissionais do ramo;

Organismos e instituições responsáveis

1. Ministério da Saúde: DGF, DGS, IGS, Delegacias de Saúde, CNDS;
2. Parceiros a nível nacional: Inpharma, Emprofac, ARFA, Polícia, alfandega, Correios;
3. Parceiros da cooperação bilateral e multilateral: Brasil, França, Portugal, Estados Unidos; OMS, OOAS.

Indicadores de avaliação

1. Nº de produtos recenseados/Nº de pedidos de registo submetidos
2. Nº de medicamentos essenciais registados/Nº de AIM
3. Diminuição das “vendedeiras” de medicamentos na rua
4. Nº de programas de sensibilização sobre uso do medicamento;
5. Nº de farmácias licenciadas /nº de vagas previstas
6. Nº de formações em uso racional no último ano sobre os últimos 5 anos
7. Número médio de medicamentos prescritos por receita;
8. Nº. da prescrição de injectáveis e antibióticos ou de medicamentos de interesse para a saúde pública;
9. Percentagem de estabelecimentos farmacêuticos inspeccionados e em conformidade com a lei,

Mecanismos de seguimento e avaliação

5. Relatórios de inspecção;
6. Resultado dos estudos sobre a distribuição e utilização dos medicamentos a nível das estruturas de saúde
7. Relatórios estatísticos;
8. Relatórios da Comissão Nacional de Medicamentos;
9. Relatórios da DGF;
10. Relatórios de supervisão.

Sustentabilidade: Pontos fortes fracos

Pontos fortes

1. Inspeção das farmácias privadas, embora ainda incipiente
2. Supervisão das estruturas públicas embora irregular
3. Existência de uma PFN orientadora das actividades do sector farmacêutico
4. Existência de um serviço de registo em desenvolvimento

Pontos fracos

1. Falta de pessoal qualificado
2. Negligência ou laxismo na aplicação dos dispositivos de regulação do sector;
3. Falta de recursos financeiros
4. Indefinição no processo de privatização da Emprofac
5. Falta de incentivos para a retenção de quadros no sector farmacêutico.

Condicionantes ambientais

1. Resistência cultural à autoridade e à mudança
2. Inutilização dos medicamentos apreendidos no mercado ilícito e dos fora de prazo;
3. Restrição de recrutamento na Função pública.

PNDS 2008-11: Custos e fontes de financiamento do Programa de Desenvolvimento do Sector Farmacêutico

Componente 4: - Afectação de recursos humanos qualificados e suficientes para assegurar o funcionamento do sector
--

Situação actual

A Insuficiência de quadros qualificados na área farmacêutica, de todos os níveis e categorias, quer na área do serviço público como no privado, têm limitado o desenvolvimento do sector farmacêutico e interferido no sucesso das acções conducentes à implementação da política farmacêutica.

Essa insuficiência não tem permitido concretizar intervenções importantes, em matéria de sistema de registos de medicamentos, de eficiente controlo de qualidade, de inspecção farmacêutica regular, de implementação correcta da legislação, assim como no que respeita à informação do pessoal de saúde e do consumidor relativamente ao uso racional e ao desperdício de medicamentos por exemplo.

Os técnicos superiores de farmácia estão concentrados nos meios urbanos e não existe formação para técnicos médios do ramo cuja necessidade é urgente, assim como seria de desejar, igualmente, a existência de programas de formação contínua. As Universidades recentemente instaladas no país têm desenvolvido a formação de farmacêuticos e de outras categorias de profissionais de saúde incluindo a possibilidade de transformar as Escolas de Enfermagem em Institutos Politécnicos de Saúde, abrindo-se assim novas oportunidades para diversificar a formação de quadros técnicos também na área do medicamento.

Estratégias operacionais

1. Discussão com as Universidades e Escolas técnicas da necessidade de formação dos vários tipos de quadros do sector farmacêutico;
2. Recrutamento dos profissionais de farmácia no mercado em coordenação com a DGRHA;
3. Organização de cursos de formação contínua e reciclagem do pessoal de farmácia.

Metas

1. Dotar a DGF de um quadro mínimo de profissionais qualificados para o exercício pleno das suas atribuições, até 2011
2. Farmacêuticos e outros profissionais de farmácia conscientes da importância da sua acção e empenhados em exercer as suas funções com eficácia e eficiência a partir de 2008
3. Todos os Centros de Saúde e Hospitais Regionais dotados até 2011 de pelo menos um profissional de farmácia;
4. Apoio jurídico nas actividades do sector farmacêutico

Actividades/Intervenções

1. Promover junto do Ministério da Educação, a criação de cursos Técnicos e de nível Superior para a formação de profissionais de Farmácia;
2. Recrutar farmacêuticos para satisfazer as necessidades do sector público da saúde
3. Recrutar técnicos-adjuntos e auxiliares de farmácia para o sector público da saúde;
4. Organizar consoante as necessidades, Cursos de formação contínua e de reciclagem para profissionais de Farmácia das diferentes categorias.
5. Formar técnicos auxiliares de farmácia para apoiar o sector público e privado (um curso de 20 por ano)
6. Contratar (prestação de serviço) assessoria jurídica.

Resultados esperados

1. Um quadro mínimo e suficiente de profissionais de farmácia para a realização descentralizada das actividades do sector farmacêutico

Organismos e instituições responsáveis

1. Ministério da Saúde: DGF, DGS, IGS, DGRHA
2. Parceiros a nível nacional: Inpharma, Emprofac, ARFA; Ministério da Educação e Universidades públicas e privadas
3. Parceiros da cooperação bilateral e multilateral: Brasil, Portugal; OMS, OOAS.

Indicadores de avaliação

1. Nº Profissionais de farmácia das diferentes categorias formados;
2. Nº de farmacêuticos recrutados
3. Nº de técnicos de farmácia recrutados
4. Assessoria jurídica disponível
5. Nº de cursos de reciclagem realizados.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios de inspecções sobre o desempenho do sector, nos diferentes escalões do SNS;
2. Relatórios anuais da DGF sobre os progressos registados;
3. Estudos, inquéritos

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. A vontade política de recrutar quadros para reforçar a DGF
2. Centros de formação profissional e superiores projectados para as necessidades do sector da Saúde;

Pontos fracos

1. Insuficiência de pessoal qualificado para implementação efectiva da PFN;
2. Constrangimentos financeiros e insuficiente preenchimento do quadro de pessoal necessário;

Condições ambientais

1. Limites do Orçamento do Estado;
2. Lentidão no processo de estruturação da formação profissional e universitária.

Quadro lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

VII.7. PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA E DA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
--

Este programa compreende os três seguintes componentes:

1. **Revisão do funcionamento do Sistema de Informação Sanitária para apoio à tomada de decisões estratégicas, à gestão e ao planeamento.**
2. **Melhoria da vigilância integrada das doenças e preparação das respostas a eventuais epidemias;**
3. **Desenvolvimento da investigação em saúde com reflexos na melhoria do desempenho do SNS.**

Componente 1: Revisão do funcionamento do Sistema de Informação sanitária para o apoio à tomada de decisões estratégicas, à gestão e ao planeamento

Situação actual

O desenvolvimento do sistema de informação sanitária foi já traçado, existindo subsistemas que funcionam de forma regular e razoavelmente satisfatória.

As linhas de transmissão de dados dirigem-se, normalmente, dos estabelecimentos de saúde para as Delegacias de Saúde e destas ao Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, ao Serviço de Vigilância Epidemiológica da Direcção Geral da Saúde e ao Serviço de Informação e Estatística do Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação (SIE/GEPC).

A DGS, através da Direcção Nacional de Saúde Reprodutiva, é responsável pela concepção, produção e difusão dos instrumentos de recolha da informação e deve proceder à análise das informações sanitárias dos serviços SR. O subsistema da Saúde Reprodutiva é caracterizado pelo contraste entre a existência de dados de base de qualidade aceitável e a falta de exploração eficiente desses dados. Geralmente, não há agregação dos dados enviados pelas estruturas de saúde a nível das delegacias de saúde.

Apesar das suas atribuições de órgão produtor de estatística abarcarem múltiplos domínios, o Serviço de Informação e Estatística do Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação (SIE/GEPC) recebe directamente, apenas, dados sobre a natalidade, a mortalidade, a morbilidade e um resumo de dados sobre actividades de serviço.

Os dados sobre a nosologia têm uma transmissão muito irregular e manifestamente insuficiente para a elaboração duma informação fiável.

Quanto à mortalidade, o SIE/GEPC recebe os verbetes de óbitos de todas as Delegacias de Saúde, às vezes com atrasos bastante pronunciados e a qualidade de preenchimento dos mesmos é deficiente.

As informações sobre os recursos humanos encontram-se centralizadas na Direcção Geral dos Recursos Humanos e Administração onde foi criado um banco de dados ainda incipiente. Circunstancialmente são elaborados quadros de distribuição do pessoal por estruturas.

As informações sobre o financiamento da saúde podem ser encontradas, de forma incompleta, também na DGRHA (Orçamento do Estado/Funcionamento), sendo a parte referente aos investimentos da alçada do GEPC. Não há um balanço da execução dos orçamentos, no MS, nem uma distribuição das despesas por estruturas ou programas ou outros indicadores.

A gestão dos medicamentos compete à Direcção Geral de Farmácia que anualmente elabora quadros de despesas de consumo de medicamentos por concelhos, ilhas, hospitais e delegacias de saúde.

Por falta de coordenação sistemática não há padronização dos relatórios, pelo que muitas vezes faltam informações consideradas necessárias à definição clara e completa da situação existente e ao processo de gestão.

O GEPC faz a compilação e análise dos diferentes relatórios anuais para produção do relatório estatístico anual do Ministério da Saúde.

Apenas 40% das delegacias de saúde têm técnicos de higiene e epidemiologia ou técnicos de estatística.

Finalmente, não existe um mecanismo ou entidade de coordenação do sistema.

Assim, os desafios para o PNDS são de recriar e garantir o funcionamento dum sistema de informação unificado, capaz de reunir os dados sobre a situação sanitária do país e produzir informações para uma gestão baseada sobre os factos.

Estratégias operacionais

1. Reestruturação, regulamentação e coordenação do SNIS;
2. Reforço do nível de desempenho do sistema;
3. Desenvolvimento do sistema de informação geográfica aplicado à saúde;
4. Colaboração com os parceiros na elaboração dos produtos do sistema e integração no sistema nacional de planeamento.

Metas

1. Ter uma estrutura coordenadora do SNIS operacional até finais de 2008;
2. Redefinir o SNIS e reestruturar os subsistemas de informação sanitária e vigilância, no 1º semestre de 2009;
3. Regulamentar o SNIS até o fim de 2008;
4. 100% de relatórios/notificações mensais das Delegacias de Saúde recebidos em tempo útil a partir de 2009;
5. 100% de relatórios/notificações com informação completa e correcta a partir de 2010;
6. A partir de 2009, os relatórios anuais das estruturas de saúde e serviços devem estar elaborados até o fim de Janeiro;
7. Ter em todas as delegacias de saúde técnicos capacitados na gestão da informação até o fim de 2009;
8. Capacitar, por ano, a partir de 2009, 30 profissionais das estruturas de saúde em matéria de classificação, registo e produção de dados (segundo a CID10) e preenchimento de atestado de óbito.

Intervenções actividades

1. Criar uma Comissão de Coordenação e Gestão do SNIS (GEPC)
2. Integrar os diferentes sub-sistemas de informação do Ministério da Saúde no Serviço de Informação e Estatística;
3. Elaborar normas de funcionamento do SNIS e dos subsistemas e definir os mecanismos de seguimento e avaliação
4. Inventariar os recursos afectos ao SNIS, em especial humanos e informáticos
5. Criar um serviço/ uma unidade de estatística em todos os serviços desconcentrados;
6. Realizar cursos de capacitação de pessoal em estatística, epidemiologia e informática;
7. Seleccionar e publicar os indicadores sanitários essenciais que permitam apoiar o planeamento, a monitorização e avaliação dos programas de saúde;
8. Elaborar ou rever e implementar suportes de recolha, tratamento e transmissão de dados;
9. Elaborar a cartografia da oferta de serviços (COS) em colaboração com a OMS, em 2009;
10. Reestruturar e integrar bancos de dados da saúde;
11. Criar mecanismos de colaboração com o INE;
12. Publicar um relatório estatístico global anual;
13. Realizar periodicamente as Contas Nacionais de Saúde.

Resultados esperados

1. Sistema de Informação Sanitária integrado e operacionais;
2. Relatórios estatísticos elaborados em tempo e completos;
3. Informação elaborada e utilizada nos locais e níveis de produção;
4. Programas de saúde pública e serviços seguidos e avaliados com dados fiáveis e adequados.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério de Saúde: Gabinete do Ministro, DGRH/DGPOG, DGS, DGF, Hospitais, Delegacias de Saúde
2. Parceiros nacionais: INE, NOSI, ONGs, sector privado;
3. Parceiros internacionais: OMS.

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Disponibilidade de Regulamentos do SNIS;
2. N.º de cursos e seminários realizados;
3. Proporção de delegacias de saúde com técnicos de estatística ou de epidemiologia;
4. Contas Nacionais de Saúde realizada;
5. Relatórios estatísticos de saúde anualmente elaborados e publicados;
6. Disponibilidade de informações fiáveis para a elaboração de indicadores de seguimento e avaliação do PNDS, dos diversos programas de saúde e dos ODM.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Reuniões da Comissão de Coordenação do SNIS;
2. Reuniões da CC-SNIS e DG's, HC, Parceiros;
3. Relatórios.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência de uma vontade política das autoridades em dispor de um sistema de informação sanitária funcional em todos os níveis;
2. O SNIS tem uma cobertura geográfica completa através das Delegacias de Saúde;
3. Existência de uma lista de indicadores mensuráveis para os objectivos fixados, entre outros, nos programas de acção dos diferentes serviços de saúde, da Estratégia de luta contra a Pobreza, do seguimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio;
4. As disponibilidades de informação a nível de registos, fichas ou relatórios, em arquivos conservados nas formações sanitárias;
5. Os suportes de recolha de dados existem e são globalmente utilizados e explorados e os dados são analisados pelos actores a nível de diferentes programas e algumas DS;
6. O projecto de informatização das estruturas do Ministério da Saúde pelo NOSI reforçará a comunicação entre os diferentes níveis do sistema de saúde.

Pontos fracos

1. Insuficiência da coordenação do conjunto de subsistemas a nível central;
2. Carência de recursos humanos responsáveis pelo SNIS;
3. Existência de circuitos paralelos do fluxo da informação;
4. Eventuais resistências à integração dos subsistemas;
5. Fraca percepção da composição e da utilidade dos dados do SNIS pelos agentes das formações sanitárias e das delegacias de saúde;
6. Fraca validade dos dados sobre a mortalidade e morbilidade em razão das limitações de nível técnico e das mortes no domicílio.
7. Ausência (quase geral) da análise dos dados especialmente a nível das delegacias de saúde;
8. Ausência de supervisão para assegurar o enquadramento técnico do pessoal de base.

Condicionantes ambientais

1. Restrições orçamentais;
2. Integração no Sistema Estatístico Nacional (GEPC como órgão produtor de estatística sectorial);

3. Reforma da Administração Pública.

Quadro lógico de execução Custos financiamento e cronograma

Componente 2: Melhoria da Vigilância integrada das doenças e preparação da resposta a eventuais epidemias

Situação actual

O conhecimento actual da situação epidemiológica do país, particularmente no tocante às causas de morbilidade geral da população é insuficiente.

À excepção da informação epidemiológica referente à morbilidade por doenças transmissíveis prioritárias, de notificação obrigatória, bem como à mortalidade, a informação sobre a prevalência e a incidência de outras afecções/doenças que atingem a população cabo-verdiana é ainda incipiente.

Não obstante existir em todas estruturas de saúde do país dados sobre as doenças que afectam a população, a informação epidemiológica não é tratada nos serviços que recolhem os dados, nem os formulários de nosologia provenientes das estruturas de saúde são recebidas em nº e regularidade suficiente para um tratamento centralizado. Ainda pelo facto dos formulários em vigor, com base na 9ª Classificação Internacional de Doenças estar desactualizado em relação à CID10.

Embora o sistema actual de mortalidade seja considerado satisfatório, em termos de funcionamento e fiabilidade, persistem problemas de estabelecimento das causas de morte. Com efeito, até 2004 as causas por "sintomas mal definidos" e "causa desconhecida" representavam aproximadamente 30% das causas de morte.

A transição epidemiológica e demográfica que o país vem registando, desde a segunda metade dos anos 90, impõe novos desafios ao sistema de vigilância epidemiológica quanto à integração da vigilância das doenças não transmissíveis, bem como dos principais factores de risco. O estado nutricional da população é um aspecto importante, o cujo conhecimento deverá ser retomado.

No tocante às doenças com potencial epidémico, desde 2001, o país não registou nenhum surto epidémico. As medidas de prevenção e combate implementadas na sequência das epidemias de cólera, sarampo, shigellose e poliomielite ocorridas entre 1994 e 2000 estarão na base da situação actual.

Para além disso, a implementação da Estratégia de Vigilância Integrada das Doenças e Resposta (VID-R) em 2002 e o reforço do sistema nacional de vigilância nos últimos anos, nomeadamente, a revisão da lista das doenças prioritárias, a capacitação do pessoal da saúde, a distribuição de equipamentos de laboratório e de informática aos hospitais e delegacias de saúde, contribuíram sobremaneira para os resultados positivos que actualmente se registam.

A criação oficial, em 2002, da Rede Nacional de Laboratórios e a designação do Laboratório do Hospital Dr. Agostinho Neto como Laboratório Nacional de Referência representou um passo na organização e melhoria do sistema de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis.

Contudo, ainda existem problemas com a notificação por estruturas de saúde, com uma taxa de pontualidade de, aproximadamente, 60%.

Novas ameaças como a pandemia de gripe aviária, interpelam à necessidade de uma permanente articulação entre os ministérios responsáveis pela saúde humana e animal e outros, tendo em vista um melhor conhecimento epidemiológico do país.

A melhoria dos transportes aéreos representam, também um elemento de preocupação devido ao elevado risco de propagação rápida de eventos de saúde pública de importância internacional. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI), de 1969, foi revisto com alargamento do seu âmbito de acção a outras doenças e eventos que as três doenças anteriores (cólera, febre amarela e peste) e entrou em vigor a 15 de Junho de 2007, RSI (2005) representando um instrumento valioso para os países com vista à garantia da segurança sanitária nacional e internacional.

Não se pode esquecer a vulnerabilidade do país relativamente a catástrofes naturais, tendo em conta a sua origem vulcânica, o facto de o vulcão do Fogo continuar activo, a recorrência conhecida de inundações e os efeitos anunciados das mudanças climáticas em curso. É nesse âmbito, aliás, que se criou uma plataforma nacional para a redução dos riscos de catástrofes.

No quadro da implementação do PNDS, será necessário ultrapassar a penúria de recursos humanos especializados em saúde pública e em epidemiologia, garantindo os meios necessários para melhorar a qualidade da vigilância integrada das doenças. O país deve estar em condições de responder às exigências do Regulamento Sanitário Internacional [2005] e estar preparado para agir em situações de catástrofe.

Estratégias operacionais

1. Melhoria da capacidade de alerta precoce e resposta a catástrofes e situações de urgência ;
2. Reforço da integração na VIDR, da vigilância de outras doenças consideradas prioritárias transmissíveis e não transmissíveis (TUB, Lepra, Malnutrição, Diabetes, etc.)
3. Integração do subsistema da vigilância epidemiológica no SNIS;
4. Formação e recrutamento de especialistas em Epidemiologia e Saúde pública;
5. Reforço dos mecanismos institucionais de articulação intra e extrasectorial no quadro da implementação do RSI [2005];
6. Supervisão regular com uma vertente formativa;
7. Divulgação da informação epidemiológica

Metas

1. Elaborar em 2009 um Plano do sector da Saúde de preparação e resposta a Catástrofes e Situações de urgência;
2. Reforçar os serviços de epidemiologia incluindo nos Hospitais centrais e regionais, a partir de 2009;
3. Dispor dum sistema alargado de vigilância integrada de todas as doenças até 2009.
4. Alcançar pelo menos 90% de taxa de pontualidade da notificação das doenças com potencial epidémico, em 2011.
5. Até 2011 realizar a análise local dos dados e a produção de informação em todas as Delegacias de Saúde,;
6. Implementar o RSI (2005) como recomendado pela OMS a partir de 2011;

Intervenções/actividades

1. Elaborar e implementar um plano do sector da saúde de preparação e resposta a catástrofes e situações de urgência;
2. Reforçar os serviços de epidemiologia, em recursos humanos e materiais (2) Epidemiologistas, (2) Estatísticos, nível superior e médio, 1 Técnico de informática;
3. Criar nos Hospitais centrais e regionais serviços de epidemiologia;
4. Desenvolver acções de vigilância epidemiológica integrada das doenças com potencial epidémico em articulação com os programas específicos;
5. Organizar as respostas a casos e surtos epidémicos, incluindo a realização de campanhas de vacinação;
6. Elaborar um plano de implementação do RSI (2005);
7. Criar mecanismos para alargar a vigilância integrada a todas as doenças prioritárias (Transmissíveis e não transmissíveis);
8. Criar mecanismos para divulgação e transmissão rápida da informação epidemiológica;
9. Realizar visitas de supervisão, pelo menos uma vez por ano, a todas as estruturas de saúde.

Resultados esperados

1. Subsistema alargado de vigilância epidemiológica integrada funcional;
2. Eficácia garantida na detecção rápida de casos e surtos epidémicos e alerta precoce a catástrofes;
3. Dispositivos operacionais para uma resposta imediata a epidemias e catástrofes, assegurados;
4. Boletins de retro-informação epidemiológica publicados regularmente;
5. Perfil epidemiológico do país actualizado regularmente.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: Serviço de Vigilância Epidemiológica da D GS; Rede Nacional de Laboratórios; Programas de Saúde Pública; Delegacias de Saúde/ Região Sanitária; Hospitais Centrais; GEPC;
2. Parceiros nacionais: Sectores responsáveis pela gestão de Portos e Aeroportos Internacionais; DGASP/Ministério da Agricultura, D.G. Ambiente, ICASE; INE;
3. Parceiros internacionais: OMS.

Indicadores de avaliação

1. Nº e tipo (especialidades) de técnicos afectos ao serviço
2. Integração das componentes da vigilância epidemiológica efectuada;
3. Taxa de pontualidade anual da notificação das estruturas de saúde para a delegacia de saúde e destas para o serviço de epidemiologia a nível central;
4. Numero de boletins epidemiológicos de retro-informação publicados;
5. Proporção de Delegacias de Saúde que realizam a análise local dos dados;
6. Dados epidemiológicos disponíveis sobre as doenças sob vigilância

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Actas das reuniões da Equipa Técnica de Intervenção Rápida;
2. Actas de reuniões de coordenação multisectorial;
3. Relatórios das visitas de supervisão;
4. Boletins epidemiológicos anuais e semestrais;
5. Relatórios anuais de actividade;
6. Relatório da avaliação da implementação do RSI (2005).

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Apoio técnico e financeiro da OMS, para a implementação nacional da Estratégia de Vigilância Integrada das Doenças Prioritárias e Resposta, VID-R;
2. Regulamento Sanitário Internacional revisto RSI(2005) oferecendo oportunidades para o reforço da vigilância das doenças;
3. Primeiro inquérito sobre os riscos e factores das doenças não transmissíveis (inquérito STEP) em curso de realização;

Pontos fracos

1. Indisponibilidade, no mercado nacional, de pessoal com as qualificações necessárias em matéria de vigilância de saúde;
2. Restrições orçamentais da Administração Pública ao reforço do pessoal;
3. Insularidade que acresce a dificuldade para a organização da vigilância;

Condicionantes ambientais

Integração no Sistema Estatístico Nacional

Quadro lógico de execução. Custos financiamento e cronograma

Componente 3: Desenvolvimento da Investigação em saúde com reflexo na melhoria do desempenho do SNS

Situação actual

A Lei de bases do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 41/VI/2004 de 05 de Abril) debruça-se sobre a investigação, no seu artigo 22º, realçando que, em particular, a investigação aplicada constitui uma prioridade para a Saúde, devendo ser promovida e encorajada junto dos profissionais do sector.

Não deixa de alertar, contudo, que as acções de investigação devem sempre observar, como princípio orientador, o de que a vida humana é o valor máximo a promover e a salvaguardar em quaisquer circunstâncias.

Na mesma linha, a estratégia definida no documento de Política Nacional de Saúde aponta para a necessidade de se desenvolver mecanismos institucionais de suporte e promoção da investigação no país, privilegiando os de coordenação, da observância da ética e de ligação entre os serviços existentes, no sentido de:

1. Fomentar nos profissionais de saúde o desenvolvimento do espírito sistemático de investigação como um meio de actualizar os conhecimentos e melhorar as aptidões individuais;
2. Promover a investigação de sistemas de saúde, a todos os níveis, como um instrumento de aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde e das relações com os outros sectores intervenientes;
3. Criar condições para o desenvolvimento e suporte à investigação biomédica, como forma de aumentar as aptidões dos investigadores, reforçar os conhecimentos sobre as situações que afectam a população e como melhor adequar as intervenções dos profissionais e do sistema a essas situações;
4. Estabelecer ligações com as instituições universitárias nacionais e com centros de investigação regional e mundial, para garantir um suporte técnico e de procedimentos às pesquisas que vierem a ter lugar;
5. Dotar o país de uma comissão de ética para a investigação em saúde.

Entretanto, foi criado pelo Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, o Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde, abreviadamente designado CNEPS, que é uma entidade autónoma e independente, multisectorial e multidisciplinar, que assegura a salvaguarda da dignidade, dos direitos, da segurança e do bem-estar de todos os potenciais participantes em pesquisas para a saúde.

A lei orgânica do Ministério da Saúde tem atribuído responsabilidades de pesquisa a diversos organismos, aparentemente, sem acautelar suficientemente a coordenação interna.

O Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação (GEPC) é definido como um serviço central de estudos e pesquisas técnicas;

O Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS) é um serviço vocacionado para a coordenação multisectorial das acções subjacentes ao desenvolvimento sanitário e para a promoção e realização de projectos de investigação aplicada ao desenvolvimento sanitário;

Ao Serviço de Vigilância Epidemiológica, da Direcção Geral da Saúde, anteriormente designada Divisão de Epidemiologia e Investigação, dizia-se competir-lhe, especialmente, promover o conhecimento da situação epidemiológica do País e fomentar o espírito de investigação nos diversos serviços e estabelecimentos de saúde;

Apesar dos princípios, estratégias ou directrizes fixados, não se descortina, na prática, qual a prioridade atribuída à investigação entre os programas de saúde e falta uma redefinição das atribuições de cada

uma dessas instituições envolvidas para uma estratégia e uma intervenção concertada na realização da investigação operacional.

Assim, devem ser envidados os esforços necessários no âmbito do PNDS para melhorar a situação, incluindo a identificação, no Ministério da Saúde do Departamento responsável pela Investigação, a formação de profissionais da saúde e de sectores afins em matéria de investigação científica, a elaboração dum quadro de prioridades para a investigação e a criação de incentivos tendentes a despertar vocações na matéria.

Estratégias operacionais

1. Definição de mecanismos de coordenação interna das acções de investigação;
2. Desenvolvimento de acções de capacitação dos profissionais de saúde para a pesquisa e investigação;
3. Criação de mecanismos e de incentivo para a realização de acções de investigação;
4. Difusão e valorização dos resultados das actividades em matéria de investigação;
5. Estímulo a parcerias entre associações de profissionais e instituições de pesquisa e universidades para o desenvolvimento de pesquisas sobre a saúde;
6. Garantia de padrões elevados de ética na pesquisa em saúde;
7. Dinamização do centro de documentação da saúde.

Metas

1. Regular a participação conjunta dos organismos do MS responsáveis pelas investigações em saúde, em 2008
2. Capacitar 30 profissionais de saúde, por ano, em técnicas de investigação;
3. Financiar pelo menos um projecto de investigação por ano;
4. Ter o Centro de Documentação operacional em 2009

Intervenções/actividades

1. Elaborar o regulamento de funcionamento do CNEPS;
2. Criar uma Comissão para a validação das qualidades técnicas e valor científico dos projectos de investigação;
3. Redefinir as atribuições dos organismos do MS com responsabilidades na investigação (revisão da orgânica do MS);
4. Realizar actividades de formação em investigação operacional em saúde;
5. Criar um Boletim periódico de divulgação de informação científica em saúde.
6. Criar um prémio para galardoar o melhor trabalho de investigação na área da saúde em cada ano;
7. Estabelecer parcerias com organizações públicas e privadas para uma subvenção para trabalhos de investigação;
8. Subsidiar a publicação de trabalhos de investigação nacionais classificados com interesse para o desenvolvimento dos serviços de saúde de Cabo Verde;
9. Elaborar os regulamentos éticos e deontológicos (um quadro ético e deontológico com áreas prioritárias, regulamento e concursos) para a realização de projectos de investigação;
10. Reestruturar o Centro de Documentação do CNDS;
11. Incentivar a realização periódica de inquéritos sobre o grau de satisfação de utentes e prestadores de cuidados, relativamente ao desempenho do SNS.

Resultados esperados

1. Projectos de investigação operacional em saúde realizados

2. Actividades de formação em investigação em saúde programadas e regularmente realizadas;
3. Profissionais de saúde motivados para a investigação;
4. Informações adicionais para melhor conhecimento dos problemas de saúde e possíveis soluções disponíveis;
5. Respeito aos padrões éticos na pesquisa e investigação;
6. Centro de Documentação funcional e utilizado;
7. Boletim de divulgação de informação científica em saúde criado e publicado.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde : GEPC; D. G. Saúde / Serviço de Vigilância Epidemiológica; CNDs
2. Parceiros nacionais : Associações profissionais; Sector privado da saúde; Instituições de Ensino Superior e de investigação;
3. Parceiros internacionais: OMS, UNFPA, cooperação bilateral.

Indicadores de avaliação

1. Legislação sobre ética publicada.
2. N.º de cursos de sensibilização/capacitação realizados;
3. N.º de projectos de investigação realizados e publicados, em relação aos aprovados;
4. N.º de projectos de investigação premiados

Mecanismos de seguimento e avaliação

5. Relatórios de cursos de iniciação/sensibilização sobre investigação
6. Relatórios das Comissões [CNEPS] e de validação técnica de projectos de investigação
7. Relatório do Departamento responsável pela investigação no Ministério da Saúde.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Interesse dos profissionais de saúde para a investigação;
2. Reafirmação por todos os países membros da OMS da importância da investigação e o seu empenho em promovê-la conforme ["Investigação em saúde: Agenda para a Região Africana da OMS" (AFR/RC56/14)]
3. Realização do Fórum Ministerial Global sobre Investigação em Saúde, em 2008;
4. Interesse de empresas privadas no incentivo dos profissionais de saúde, criando prémios para a pesquisa e investigação;
5. Criação do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde como uma entidade autónoma, multisectorial e multidisciplinar;
6. Maior acesso à informação científica através da Internet.

Pontos fracos

1. Fraca mobilização dos profissionais de saúde em concorrência com as actividades do dia-a-dia;
2. A investigação em saúde não é contemplada na carga horária de trabalho no sector público;
3. Dedicção das horas extra-laborais exclusivamente a actividades de prestação de cuidados no sector privado

Condicionantes ambientais

1. Constrangimentos orçamentais;
2. Desenvolvimento de instituições universitárias;

Quadro lógico de execução. Custos financiamento e cronograma

VII.8. PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO QUADRO INSTITUCIONAL

O Programa de desenvolvimento do quadro institucional compreende os seguintes componentes:

- 1. Melhoria do quadro organizacional do Ministério da Saúde aumentando as capacidades de administração e gestão dos serviços de saúde;**
- 2. Adequação do quadro legal com desenvolvimento da função reguladora e de controle do Ministério da Saúde;**

Componente 1: Melhoria do Quadro organizacional do Ministério da Saúde e reforço das capacidades de administração e de gestão dos serviços

Situação actual

O programa de racionalização da administração pública, em curso, tem chamado a atenção para algumas características que podem dificultar o bom desempenho dos serviços. Assim, apontam-se aspectos relacionados com a duplicação na actuação em áreas idênticas, elevado nível de dispersão funcional e áreas de intervenção e actividades às quais não estão atribuídos recursos de que resulta uma perturbação na sua efectividade.

Com frequência se aponta no quadro organizacional dos Serviços de Saúde alguma indefinição nas funções e programas, que podem levar a conflitos de competência ou omissão de acção.

Uma gestão deficiente nos serviços públicos de saúde e a inadequação quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde impedem uma eficiente gestão operacional do SNS.

A Carta Sanitária de Cabo Verde, elaborada em 1998, apontava a necessidade de reorganização dos serviços de saúde por via da sua regionalização, propondo a criação de distritos/regiões sanitários, englobando um certo número de delegacias de saúde próximas, como instância de coordenação intersectorial, intermunicipal e entre os dois níveis, central e local, da administração sanitária.

Pelo Decreto-Lei nº 58/2006 foi criada a Região Sanitária Santiago Norte, como experiência piloto, no quadro do processo de reforma do sector da saúde.

A ilha de Santo Antão apresenta as características que aconselham a criação de uma nova região sanitária, pelo que se deviam encetar os estudos e contactos com esse objectivo.

O sistema de informação sanitária, apesar de algumas melhorias verificadas nomeadamente a nível da informação da mortalidade e da vigilância epidemiológica, ainda não funciona como sistema único, o que torna a sua interligação difícil e conduz a uma consequente dispersão de recursos e esforços, bem como reduz a meras pontualidades a sua ligação com a gestão.

A informatização progressiva dos serviços é já uma realidade, aliada à estratégia de governação electrónica levada a cabo pelo Governo através do Núcleo Operacional para a Sociedade de Informação. Projectos de Telemedicina foram elaborados ou estão em discussão.

No quadro de implementação do PNDS coloca-se o desafio de reestruturar o Ministério da Saúde, de maneira a assegurar uma definição clara das funções de cada departamento, nos diferentes níveis, tendo em vista uma maior racionalização e desempenho das estruturas e a necessidade da coordenação de acção das mesmas.

Estratégias operacionais

1. Revisão da estrutura orgânica do MS;
2. Melhoria da coordenação administrativa e técnica no seio do MS e da sua função reguladora;
3. Criação de um quadro privativo do Ministério da Saúde tendo em conta os diferentes níveis e funções e de mecanismos de recrutamento por concurso de cargos de direcção técnica.
4. Melhoria dos mecanismos de coordenação das intervenções dos parceiros do desenvolvimento sanitário;
5. Aceleração e reforço do processo de informatização em curso, dos serviços;

Metas

1. Publicar o novo estatuto orgânico do MS até finais de 2008;

2. Ter a Inspeção Geral da Saúde plenamente funcional em 2009;
3. Institucionalização da Região Sanitária de Sto. Antão em 2010;
4. Publicar a nova Carta Sanitária até o fim de 2009;
5. Dispor de instrumento de coordenação dos parceiros até finais de 2008;

Intervenções/actividade

1. Rever e publicar a nova estrutura orgânica do Ministério da Saúde
2. Implementar a Inspeção-geral de Saúde
3. Rever a regulamentação do sector privado da saúde com vista à delimitação de competências com o sector público;
4. Criar um mecanismo de coordenação das parcerias no sector saúde
5. Criar um instrumento de seguimento e avaliação do PNDS e dos respectivos planos operacionais;
6. Actualizar e publicar o conjunto de normas de funcionamento dos serviços;
7. Criar a Região Sanitária de Sto. Antão;
8. Actualizar a Carta Sanitária;
9. Formar gestores para os diferentes níveis do SNS;
10. Elaborar e implementar um plano nacional de telessaúde e respectivo suporte legal;
11. Compilar e publicar as leis e normas do sector da saúde.

Resultados esperados

1. Leis e normas do sector da saúde compiladas e publicadas.
2. Serviços de saúde com melhor desempenho;
3. Capacidade de fiscalização melhorada;
4. Capacidade de gestão e planeamento melhorada;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: D.G.RH A/DGPOG; D. G. Farmácia; D. G. Saúde; CNDS; DS, RS, Hospitais
2. Parceiros nacionais: Administração pública; Descentralização e Ordenamento do território; Ministério de Finanças; Câmaras Municipais; NOSI
3. Parceiros Internacionais: OMS, Cooperação bilateral

Indicadores de avaliação

1. Diploma de publicação da nova Lei Orgânica do MS;
2. Inspeção-geral de Saúde funcional;
3. Documento de Carta Sanitária;
4. Diploma de criação da Região Sanitária de Sto. Antão publicado;
5. Instrumentos de seguimento da implementação do PNDS disponíveis;

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Actas de reuniões das diferentes instâncias do Ministério ;
2. Publicação de diplomas
3. Relatórios de actividades do MS

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência de uma vontade política;
2. Implementação do processo de modernização e reforma da Administração Pública.
3. Experiência acumulada do sector da saúde

Pontos fracos

1. Resistências internas ou apatia no que se refere às mudanças;
2. Fraca disponibilidade de recursos humanos adequados;
3. Dificuldade de implementação das decisões.

Condicionantes ambientais

O processo de Reforma da Administração Pública pode condicionar as alterações orgânicas do Ministério da Saúde.

Quadro lógico de execução. Custos financiamento e cronograma

Componente 2: Adequação do quadro legal e desenvolvimento da função reguladora e de controlo do Ministério da Saúde
--

Situação actual

A actual estrutura orgânica do Ministério da Saúde foi aprovada pelo Decreto-Lei n.º 25/2003. Uma leitura atenta desse diploma faz ressaltar algumas lacunas, quer em termos de competências dos serviços centrais quer quanto a efectiva existência de determinados serviços, nomeadamente tendo em atenção os recursos humanos que lhes são atribuídos.

Nesse mesmo diploma se reafirma que a organização e funcionamento do Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS) constam de diploma próprio (Decreto-regulamentar n.º 17/93), mas desde a sua publicação, a estrutura do CNDS não corresponde ao legislado com as inerentes dificuldades de funcionamento.

Com a criação de regiões sanitárias e a publicação do Decreto-regulamentar n.º 1/2006, que estabelece as normas de estruturação e gestão das Delegacias de Saúde, torna-se premente a definição das normas de organização e funcionamento dos Hospitais Regionais.

No seguimento da publicação da Política Farmacêutica Nacional (Resolução n.º 16/2003) foi publicado o Decreto-Lei n.º 59/2006 que regula a autorização de introdução no mercado, o registo, o fabrico, a importação, a exportação e a comercialização de medicamentos, dos donativos e a publicidade de medicamentos de uso humano, assim como o diploma que regula as condições de acesso à actividade farmacêutica e o seu exercício em farmácia de oficina. Devem seguir-se as portarias regulamentadoras e outros diplomas.

Em 2005 foi publicada a lei-quadro dos Hospitais Centrais que remetia a cada Hospital Central a competência para elaboração dos Estatutos específicos. Passado o prazo legal ainda não foram publicados esses estatutos, nem foi revista a regulamentação do funcionamento dos Hospitais.

A aprovação, para ratificação, da Convenção Quadro para o controlo do Tabaco (Resolução n.º 142/VI/2005) pressupõe a adopção de medidas legislativas. Assim, também, para o Programa de luta contra o Alcoolismo e a ratificação do Regulamento Sanitário Internacional.

As transformações socio-económicas ocorridas na sociedade cabo-verdiana, com uma maior integração no mercado global, requerem uma revisão de diversa legislação de saúde, seja no sector farmacêutico, seja no referente ao sector privado da saúde, seja no domínio da vigilância sanitária e epidemiológica.

A existência de um Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos, instrumento programático para orientação e gestão da formação de técnicos de saúde, pressupõe a sua plena implementação e necessária regulamentação.

A Política Nacional de Saúde aponta a necessidade de elaboração e publicação de legislação que regule o exercício da actividade privada em saúde, filantrópica ou lucrativa, nomeadamente as funções, os limites e a articulação entre os subsistemas público e privado.

Assim no âmbito da implementação do PNDS será feito um esforço para elaborar, rever e publicar os diplomas legais considerados indispensáveis ao bom funcionamento do sector.

Estratégias operacionais

1. Adequação do quadro jurídico do sector da saúde;
2. Reforço das capacidades de controlo do MS.

Metas

1. Elaborar e publicar a nova Lei Orgânica do MS em 2008;

2. Elaborar e publicar os Estatutos dos 2 Hospitais Centrais em 2008;
3. Actualizar e publicar os Regulamentos Internos dos Hospitais Centrais em 2009;
4. Elaborar e publicar os Estatutos dos Hospitais Regionais em 2008;
5. Definir a estrutura legal dos diferentes níveis/estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde e seu modo de desenvolvimento em 2010;
6. Regulamentar a formação e gestão de recursos humanos de saúde em 2009;
7. Completar a revisão da legislação farmacêutica até o fim de 2008;
8. Regulamentar o SNIS até o fim de 2008.

Intervenções/actividades

1. Rever e publicar a Orgânica do Ministério da Saúde
2. Rever e publicar o diploma orgânico do CNDS
3. Regulamentar o funcionamento do Sistema de Informação Sanitária;
4. Elaborar e publicar os Estatutos dos 2 Hospitais Centrais;
5. Elaborar e publicar os Regulamentos Internos dos Hospitais Centrais;
6. Elaborar e publicar os Estatutos dos Hospitais Regionais
7. Rever a Legislação Farmacêutica;
8. Rever e publicar legislação que regula o exercício da actividade privada em saúde;
9. Rever legislação sobre condições de dissuasão e restrição do uso do tabaco no quadro da Convenção de luta contra o Tabaco;
10. Rever a legislação sobre a venda e o consumo de bebidas alcoólicas;
11. Implementar o novo Regulamento Sanitário Internacional.

Resultados esperados

1. Quadro jurídico da saúde actualizado;
2. Serviços centrais do Ministério da Saúde com melhor desempenho;
3. Hospitais centrais e regionais com melhor gestão;
4. Sistema de Informação de Saúde coordenado e eficiente;
5. Sector farmacêutico com regulamentação actualizada;
6. Legislação sobre tabagismo e alcoolismo implementada;
7. Vigilância sanitária reforçada no quadro do RSI.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: Gabinete do Ministro; DGRHA/DGPOG; DGF; DGS; CNDS; DS, RS, Hospitais
2. Parceiros nacionais: DG Administração Pública; DG Alfândegas, DG Comércio, Autoridades portuárias e aeroportuárias
3. Parceiros internacionais: OMS

Indicadores de avaliação

1. Diplomas publicados

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. B.O.;
2. Relatórios dos Serviços;
3. Actas das reuniões do Conselho do Ministério.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Implementação do processo de modernização e reforma da Administração Pública;
2. Consonância com programas da OMS (Convenção Quadro de luta contra tabaco, RSI, Luta contra o alcoolismo)
3. Experiência acumulada no sector e acesso facilitado à legislação comparada
4. Capacidade técnica e jurídica nacional

Pontos fracos

1. Falta de jurista com experiência em legislação sanitária.

Condicionantes ambientais

1. Mercado de trabalho dificulta o recrutamento e a permanência de juristas;
2. Resistências sociais às mudanças de comportamento quanto ao álcool e tabaco.
3. A promoção do turismo e a livre circulação de pessoas e bens pode interferir com a aplicação de algumas medidas previstas no RSI.

Quadro lógico de Execução

Custos, financiamentos, cronograma